



Universidad Estatal a Distancia
Sistema de Estudios de Post - Grado
Maestría Administración de Servicios de Salud Sostenible

“Análisis de la relación existente entre los subprogramas de Atención Integral en Salud, negociados en el Compromiso de Gestión y el comportamiento de la Mortalidad Infantil, en las Áreas de Salud de Abangares, Chacarita y Naranjo, período 2000 - 2002.”

Tutor:

Lic. Leonidas Martínez Vargas

Elaborado por:

Maribel Monge Ruiz
Leonel Angulo Gatjens
Luis Fernando Montero Castro

- Agosto 2004 -

TABLA DE CONTENIDOS

Presentación	1
Introducción	2
CAPÍTULO I	3
MARCO CONTEXTUAL.....	4
1.1 ANTECEDENTES:	4
1.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL.....	4
1.1.2 CONTEXTO NACIONAL	10
1.1.2.1. MORTALIDAD INFANTIL	16
1.2 JUSTIFICACION	24
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	25
1.4 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	25
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO II	27
MARCO TEÓRICO	27
2.1 COMPROMISOS DE GESTIÓN.....	28
2.2 CONCEPTO DE CALIDAD.....	33
2.2.2 CRITERIOS CALIDAD ATENCIÓN INTEGRAL	35
2.3 COBERTURAS EN SALUD	37
2.4.1 CRITERIOS DE MORTALIDAD INFANTIL	38
2.4.2 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.....	38
2.4.3 ESTADÍSTICA DE MORBI MORTALIDAD INFANTIL.....	40
2.4.4 TASAS DE MORTALIDAD	41
CAPÍTULO III.....	42
DISEÑO METODOLÓGICO	42
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	43
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS / OBJETOS DE ESTUDIO	43
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA	43
3.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	44
3.6 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	45
3.7 CRITERIOS SELECCIÓN TÉCNICAS RECOLECCIÓN	49
3.8 POSIBLES LIMITACIONES.....	49
3.9 PROCEDIMIENTOS, ORDENAR, TABULAR, ANALIZAR INFORMACION..	50
3.10 CRONOGRAMA:.....	51
CAPÍTULO IV.....	52
ANÁLISIS DE INFORMACION.....	52
4.1 RELACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN CON LA MORTALIDAD INFANTIL	53
4.1.1 CONTROL PRENATAL.....	53

4.1.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO.....	55
4.1.3 CRITERIOS DE MORTALIDAD INFANTIL	55
4.1.4 INFORMACION ENCUESTA APLICADA MEDICOS DE LAS ÁREAS DE SALUD EN ESTUDIO	56
4.2 COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y DE LA MUJER EMBARAZADA	61
4.2.1 ANÁLISIS COBERTURAS ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO.....	61
4.2.2 ANÁLISIS COBERTURAS ATENCIÓN INTEGRAL PRENATAL.....	61
4.3 COMPORTAMIENTO ÍNDICES DE MORTALIDAD INFANTIL	69
CAPITULO V	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
5.1 CONCLUSIONES.....	76
5.2 RECOMENDACIONES.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	88

PRESENTACION

La presente investigación, se realiza para optar por el grado de Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible, impartida por la Universidad Estatal a Distancia (U. N. E. D.), en San José, Costa Rica, realizada durante el periodo junio 2002 a agosto del 2003.

Los autores del trabajo de investigación son funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social, que laboran en diferentes Áreas de Salud:

Dr. Luis Fernando Montero Castro, Director Médico del Área de Salud de Naranjo, Región Central Norte.

Dr. Leonel Angulo Gatjens, Director Médico del Área de Salud de Chacarita, Región Pacífico Central.

Dra. Maribel Monge Ruíz, Médico Asistente General del Área de Salud de Abangares, Región Chorotega.

INTRODUCCION

La Reforma del Sector Salud en Costa Rica, inicia a mitad de la década de los años 90, implementa como parte de un nuevo modelo de asignación de recursos y rendición de cuentas, los Compromiso de Gestión: herramienta de mejoramiento de la calidad y producción de la prestación de los servicios en salud, que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social.

Los Compromisos de Gestión contemplan objetivos, indicadores, criterios de calidad e incentivos económicos, que negocia el Nivel Central de la Institución, a través de la Dirección de Compra de Servicios, con los Hospitales y Áreas de Salud; unidades que son evaluados anualmente para medir la efectividad, nivel de resolutivez y eficiencia en la prestación de los servicios en salud.

Debido a la importancia que tiene la calidad de la atención de la mujer embarazada y del niño menor de un año sobre la mortalidad infantil, la presente investigación tiene como objetivo determinar la efectividad de los Compromisos de Gestión, específicamente los sub-programas de atención integral con criterios de calidad, del niño menor de un año y de la mujer embarazada , en el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil en las Áreas de Salud de Abangares, perteneciente a la Región Chorotega, Área de Salud de Chacarita, de la Región Pacífico Central y Área de Salud de Naranjo, de la Región Central Norte.

El período de estudio y los datos estadísticos analizados en la investigación, comprende los años 2000, 2001 y 2002.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

En el marco contextual se hace referencia a los antecedentes, a la justificación, planteamiento del problema y definición de los objetivos del tema a investigar.

1.1 ANTECEDENTES:

1.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

En este contexto se tratan dos aspectos relevantes: el Compromiso de Gestión y la importancia de los índices de mortalidad infantil. Durante el proceso de búsqueda de información y revisión de otras investigaciones, no se documentan estudios que relacionen los Compromisos de Gestión con la mortalidad infantil.

La introducción de los Compromisos de Gestión en Costa Rica no puede considerarse como un hecho aislado; sino, que forma parte de una corriente que inicia en diversos países desarrollados del orbe y obedece a la necesidad de plantear reformas profundas a las diferentes estructuras organizacionales del Estado; entre ellas, la correspondiente a la prestación de los servicios en salud. Es en este contexto, que en 1991, en el gobierno de Margaret Thatcher, se presenta al parlamento el informe “working for patients” que trata sobre la sanidad pública británica, y contiene diversas propuestas tales como:

1. Dividir la financiación de la provisión de servicios de salud.
2. Introducir en el servicio de sanidad la mayor descentralización posible.
3. Dotar de autonomía a los hospitales para que puedan organizarse mejor, para brindar mayor calidad en la prestación de los servicios en salud.

Es importante indicar, que el servicio público de salud británico es el más grande de Europa y, antes de la reforma, estaba estructurado sobre la base de una organización jerarquizada, altamente burocratizada y centralizada. La financiación y provisión de servicios los prestaba el Ministerio de Sanidad Británico.

Fue en 1991 cuando se implementó la reforma británica en salud, que divide la financiación y la provisión de servicios. El Ministerio de Sanidad se hace cargo del financiamiento junto con sus agencias regionales y la segunda, correspondiente a la provisión, se realiza, mediante contratos: 1- Los médicos generales agrupados en mutuas médicas. 2- Médicos generales que no forman parte de estas mutuas. 3- Los hospitales públicos que pasan a ser independientes.

La implementación de la reforma británica trae como consecuencia un nuevo rol de funciones, ya que mientras las autoridades sanitarias se dedican a la definición de las necesidades de la población, a la planificación, control y contratación de servicios de salud, los proveedores se dedican a la gestión de los servicios de salud.

Durante esta misma época, el modelo sanitario de España entró en crisis a finales de la década de los años 80; motivo por el cual, el parlamento crea la “Comisión de Expertos para el Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y de cara al futuro”. El informe final de esta comisión recomienda la separación entre financiación y compra por una parte, gestión y provisión por otra, que había iniciado recientemente el modelo británico. El objetivo de la reforma era la búsqueda de mayor eficiencia y eficacia del sistema; así como, mejorar la calidad y oportunidad en la atención sanitaria, mediante la creación de una especie de mercado interno entre proveedores. Así mismo, plantea favorecer la libre elección médica, promover conciencia de costos, y procurar el mayor grado de involucramiento por medio de la motivación del personal en el proyecto. España se había constituido desde 1978, en un estado autonómico, dividido en diecisiete comunidades autónomas. Al Estado le correspondían según esta división, la regulación y ejecución de la sanidad exterior y el dictado de las leyes base de la sanidad interior. Si bien es cierto, la ley 14/1986 impulsaba la descentralización administrativa en salud, continuaba utilizando los modelos de prestación directa de los servicios de salud, mediante una organización pública, jerarquizada y centralizada.

La crisis a finales de los años 80, producto del desequilibrio generado por la

creciente demanda por más y mejores servicios, contra la insuficiencia de recursos, hizo que el informe de la comisión de expertos recomendara, respecto de la gestión y provisión de servicios de salud; “una huida del derecho administrativo, proponiendo una pluralidad de formas de gestión que se rigieran por el derecho privado. La financiación y compra seguirían rigiéndose por el derecho público. Los objetivos en salud deberían alcanzarse, sobre todo, por el “mercado interno” que la reforma provocaba.”¹

“El modelo de Compromisos de Gestión es adoptado en América Latina por los chilenos en el año 1995. “Los Compromisos de Gestión en Chile se insertan en un contexto muy distinto al costarricense, en un sistema de salud cuya solidaridad había sido hondamente socavada. Si bien, se introducen en un período de expansión del gasto, en el cual se ambiciona mejoras en términos de su eficiencia y equidad, el marco es un sistema de salud dual, tanto en razón de la propiedad como de la lógica de su diseño.

Comprende dos subsistemas que se rigen por dos lógicas diversas, que no compiten entre sí: el seguro público (personas pobres) que es de reparto e incentiva la solidaridad y el seguro privado (personas con mayores ingresos y menos riesgos) que opera mediante cuentas y riesgos individuales. Esa dualidad inhibe una cobertura universal de la población; así como, el uso eficiente de los recursos y las posibilidades de una regulación mayor del sistema, con serias dificultades en la gestión de los servicios de salud.

La separación de funciones con los Compromisos de Gestión en Chile, ha sido todo un proceso. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es quien asumió la función compradora dentro del Ministerio de Salud, mientras que se ha tratado de concentrar la función prestadora en los servicios de salud, en los Hospitales y las Municipalidades eliminándola del Ministerio. Sin embargo, la persistencia de la función prestadora por parte del Ministerio, ha sido un obstáculo para que el

¹ Navarro, Román. Informe: La Desconcentración Administrativa y Personalidad Jurídica Instrumental. La Experiencia de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica. Año 2001. Presentado a la Gerencia de Modernización de la CCSS.

proceso avance en su reestructuración”²

Del tema de los indicadores de salud, se ha de señalar que el proceso salud enfermedad de una nación, se mide, entre otros parámetros, en relación con los indicadores de salud que posea, aunque podría variar la estimación de acuerdo con el grado de desarrollo y confianza en los sistemas de registro e información de cada país; o bien, a factores que obedecen a intereses políticos o económicos que incurran en una distorsión de la información.

Para los efectos de este contexto, se hace referencia a estudios realizados en diferentes países para determinar los factores de riesgo, las causas de mortalidad infantil y las estrategias a implementar para disminuir las tasas de mortalidad, entre los cuales están:

En España; por ejemplo, se realizó una investigación para determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal (MN), en el Hospital Universitario Ramón González Valencia, en el año 2000. Los casos incluyeron los recién nacidos menores de 1.000 gramos o 28 semanas de gestación, nacidos en el Hospital y que fallecieron en los primeros 28 días de vida. Se determinó que los factores de riesgo más importantes fueron: el menor grado de escolaridad de la madre, ocupación en tareas del hogar, disminución en la concentración de consultas prenatales, antecedentes de al menos un mortinato, peso del neonato y APGAR al minuto.

En Venezuela otra investigación sobre mortalidad perinatal (1993-1997), evidenció que se necesita mayor cobertura de control prenatal, mejor manejo de la prematuridad y de la patología hipertensiva en la madre. “³

En el artículo Mortalidad Infantil: Situación y Logros, de la Revista Ciencia Hoy⁴”, encontramos documentado que en las últimas décadas, se le ha dado

² Sojo, Ana Hacia Nuevas Reglas del Juego: Los Compromisos de Gestión de Costa Rica desde la perspectiva. Serie Políticas Sociales 27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Julio 1998.

³ Ortiz, Isaac, Herrera, Carlos. Análisis de los factores maternos, fetales y del sistema de salud que están asociados a muertes neonatales ocurridas en el cantón de Corredores, Hospital Ciudad Nelly, entre los meses de enero a diciembre del 2002: Un estudio de casos. Año 2003. San José. Costa Rica.

⁴ Revista Ciencia Hoy. Revista de Divulgación Científica y Tecnológica Asociación Ciencia Hoy. Vol. I - # 2. Febrero Marzo, 1989

mucha importancia a la disminución de la mortalidad infantil; para lo cual, la mayoría de las acciones, recursos y políticas de gobierno han sido destinadas a reducir la mortalidad infantil. Además, hace referencia que la significativa disminución que ha experimentó en los quinquenios de 1950 a 1955 y de 1980 a 1985, fue más relevante que la sucedida entre mediados del siglo XVIII y mediados del siglo XX, cuando el nivel global de la mortalidad infantil había descendido a la mitad de su valor.

CUADRO # 1

Reducción de la Mortalidad Infantil de la población mundial, por grandes regiones y países de América Latina, periodos 1950-55 y 1980-85.

Población	% reducción
África	41%
América Latina	50%
Asia	54%
Argentina	44%
Bolivia	30%
Brasil	47%
Colombia	59%
Costa Rica	79%
Cuba	79%
Chile	82%
Ecuador	50%
El Salvador	60%
Guatemala	50%
Haití	42%
Honduras	51%
México	54%
Nicaragua	54%
Panamá	72%
Paraguay	58%
Perú	38%
Rep. Dominicana	50%
Uruguay	47%
Venezuela	63%
TOTAL MUNDIAL	50%

Fuente: Revista Ciencia Hoy. Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Asociación Ciencia Hoy. Vol. I - # 2. Febrero – Marzo, 1989.

En el Cuadro 1, se observan los cambios de la tasa de mortalidad infantil entre los quinquenios de 1950-55 y 1980-85 en el orbe; la cual, se redujo en un 50%. También, muestra que los países menos desarrollados tienen una menor reducción de la tasa de mortalidad infantil, en relación con los países desarrollados; por ejemplo Bolivia, uno de los dos países con más alta mortalidad en 1980-85, había reducido en un 30% su nivel de 1950-55, mientras que los cuatro países de menor mortalidad (Cuba, Costa Rica, Chile y Panamá) lo hicieron en más del 70% en el mismo período.

Por otra parte, en el artículo Mortalidad Infantil de la Revista 2000: Un Mundo Mejor Para Todos; se encuentra que en “Bangladesh, se logró reducir la tasa de mortalidad infantil en un 25%, entre 1990 y 1998; mejorando los programas de vacunación, con campañas de concienciación sobre el manejo de la enfermedad diarreica, con programas dirigidos a reducir las muertes relacionadas con la neumonía y mejorando los servicios de saneamiento, agua potable y participación comunitaria en la prestación de servicios sociales básicos.

Brasil, con el fin de reducir la tasa de mortalidad infantil y garantizar que los niños nacieran sanos con un desarrollo normal, creó en el año 1994 uno de sus programas más innovadores: el “*Proyecto Vida*”; en el cual, se contempla la atención de la mujer embarazada y del niño hasta los 6 años. También, incluye la asistencia prenatal y perinatal, la vigilancia de la mortalidad infantil, la prevención y lucha contra la desnutrición; para lo cual, plantea proyectos en el ámbito del cuidado de la salud mental, el cuidado buco-dental y la formación de profesionales, como los propósitos principales del programa.

El Programa de Vigilancia de la Mortalidad Infantil, se concentraba en los recién nacidos de alto riesgo, las madres analfabetas y/o adolescentes, que vivían en zonas con necesidades básicas insatisfechas, en donde las principales causas de mortalidad eran la diarrea, la neumonía y la desnutrición, mientras que las muertes por anomalías congénitas y enfermedades perinatales prácticamente no habían variado. Sin embargo, en el año de 1994 en que se inicia el Proyecto Vida, los datos indicaban que la mortalidad infantil entre los lactantes, que era consecuencia principalmente de las infecciones y la desnutrición, podía

reducirse con más facilidad, que la mortalidad de los recién nacidos como causa de factores biológicos y de la asistencia en el hospital ⁵.

1.1.2 CONTEXTO NACIONAL

Costa Rica ha alcanzado indicadores de salud envidiables y propios de naciones en desarrollo, reconocidos por las organizaciones y autoridades en salud del mundo.

Transformaciones sucesivas ha presentado el Modelo de Atención en nuestro país, que inicia con el modelo de Medicina Asistencial Básica (1850-1900); luego, el modelo de Salud Pública y Beneficencia (1900-1940), la Institucionalización de la Medicina Preventiva (1940-1970), hasta llegar al modelo de Medicina Integral de Salud ⁶ que empieza “visualizándose” desde 1985.

Inicia la Reforma del Sector Salud a principios de los años 90, como estrategia para mejorar la calidad en la prestación de los servicios en salud y la productividad de las Unidades proveedoras de servicios; en función de las necesidades de salud de la población adscrita. Entre otros aspectos, la C.C.S.S. implementa los Compromisos de Gestión como herramienta o instrumento para fomentar una cultura de rendición de cuentas, evaluar indicadores de calidad y productividad, obtener mayor eficiencia de los prestadores de servicios de salud y mejorar los indicadores de salud. Todo ello considerado a nivel mundial de suma importancia, para evaluar diferentes aspectos como la situación de salud de un continente, grupo de naciones o bien de un país; así como, para medir el grado de avance y desarrollo de proyectos y programas de salud, y el interés de los gobiernos por la salud de sus habitantes; los cuales, son de gran valor en la toma de decisiones para el otorgamiento de recursos.

Los primeros Compromisos de Gestión que establece y firma la Institución como ente comprador, por medio de la Unidad de Compra de Servicios de Salud,

⁵ Mortalidad Infantil y menores de cinco años, Bolivia MICS 2000

⁶ Ayala, Licda Norma y cols. Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización de la CCSS. Año 1999

con los Hospitales y Áreas de Salud como entes proveedores, inician en el año de 1997. Constituyen también, parte de un nuevo modelo de asignación de recursos financieros para las Unidades, que habían generado una serie de cambios en la prestación de servicios en salud, de acuerdo con el modelo readecuado que planteaba la Reforma. No obstante, actualmente su impacto y efectividad como herramienta de gestión, es cuestionada sobre todo por distintos funcionarios y autoridades del sector salud; así como, por políticos, periodistas y economistas, entre otros.

Dentro de los indicadores que se negocian entre compradores y proveedores, están los programas dirigidos a la atención integral del niño (a) y de la mujer embarazada, que por su enorme importancia e impacto en la mortalidad infantil, constituyen variables indispensables para el desarrollo de las políticas de salud.

Los Compromisos de Gestión reciben diferentes nombres de acuerdo al país en donde se haya establecido; son conocidos como: contratos-programa, acuerdos de gestión o bien cuasi-contratos.

El Proyecto de Reforma del Sector Salud y el Proceso de Modernización propiamente, inician en el año 1993, como necesidad de la creciente insatisfacción ciudadana con los servicios de salud, la inequidad en los recursos y la duplicidad de funciones entre el Ministerio de Salud y la C.C.S.S. Cinco razones que además justificaban el cambio fueron:

1. Crisis del modelo de atención: relacionado con el enfoque, la continuidad y la calidad de la misma. Inequidad en el sistema.
2. Atención Hospitalaria inadecuada: favoritismos, corrupción, largas listas de espera y mal praxis entre otros.
3. Tendencias financieras con un crecimiento acelerado del gasto hospitalario.
4. Problemas organizacionales por deficiente gestión en los servicios de salud y limitada formación gerencial.
5. Falta de participación de los usuarios.

Entre los componentes principales de la Reforma están: Fortalecimiento de la regulación sanitaria por la Rectoría del Ministerio de Salud, la readecuación del modelo de atención inspirado en los principios de universalidad, solidaridad y equidad, el fortalecimiento de la C.C.S.S., la capacitación y desarrollo del recurso humano.

Los servicios de salud se organizan en regiones, Áreas de Salud y nacen los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.). Cabe señalar, que diversos factores políticos han contribuido a lo que se puede denominar maduración de la Reforma del Sector Salud, debido a que son acuerdos entre partidos políticos, se logró aprobar mayoritariamente la continuidad del proyecto de modernización.

“Desde 1996, la Caja Costarricense de Seguro Social ha promovido la constitución de cuasi mercados en salud pública”⁷. En ese año, el proyecto de modernización propone como parte del Proyecto de Reforma del Sector Salud, el nuevo modelo de asignación de recursos, que entre otros cambios impulsaba la figura de los Compromisos de Gestión, que permitían dentro de una lógica contractual, establecer una relación entre financiador - comprador y el proveedor de servicios, en aras de mejorar la calidad de la atención y las intervenciones en salud, la satisfacción de los clientes, la seguridad en la prestación y la eficiencia en el manejo de los recursos. A los Hospitales y Áreas de Salud se les brinda mayor autonomía para organizarse y cumplir sus metas, se les otorga incentivos económicos en base a la calificación obtenida en la evaluación del Compromiso de Gestión. Dentro de ese marco, los Compromisos de Gestión son el instrumento que permite especificar objetivos de salud y fijar acuerdos de producción para cada Unidad, para asignar y transferir recursos en función del cumplimiento de metas. Según la Dra. Ana Guzmán, autora de tesis de grado: “Los Compromisos de Gestión en Costa Rica 1997-2000”⁸ , Los Compromisos de Gestión (C.G.)

⁷ Sojo Ana. Hacia Nuevas Reglas del Juego. Los compromisos de gestión de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. Serie Políticas Sociales 27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Julio 1998.

⁸ Guzmán Ana. Los Compromisos de Gestión en Costa Rica 1997-2000. Año 2000. Tesis de Grado.

surgen como una estrategia que operativiza el Nuevo Modelo de Asignación de Recursos, entendiéndose por Compromiso de Gestión un “acuerdo contractual” entre el Comprador y el Proveedor de los Servicios de Salud. A partir de los problemas y necesidades de salud de la población, este acuerdo entre las partes define los productos, la cantidad, la calidad y la oportunidad de los mismos; así como, los recursos necesarios para su consecución”.

Las consultorías brindadas por Andersen Consulting, tuvieron un importante papel en la implementación de los Compromisos de Gestión y el Consorcio Hospitalario de Cataluña en diciembre de 1995, que orientaron hacia propuestas de asignación presupuestaria prospectiva, separación de funciones y mejora de la calidad.

Los factores que contribuyeron a la implementación del nuevo modelo de asignación de recursos fueron entre otros:

1. Inequidad Existente en la Distribución de los Recursos: tanto en su vertiente de acceso equitativo a los servicios, como en relación con una distribución balanceada de los recursos para maximizar la salud de la población. Se presentó para el análisis de la equidad en el sistema de salud, la distribución del gasto público per cápita en el primer nivel de atención por cantón, en comparación con el Índice de Desarrollo Social (IDS) de la población, cuyo objetivo es identificar las poblaciones con mayores necesidades sociales. El IDS evalúa fundamentalmente el nivel de logro respecto al grado de desarrollo social, medido en función de ocho indicadores sociales relativos a los sectores de salud, vivienda y educación. De su análisis, la Dirección Actuarial de la C.C.S.S. señaló, que el gasto del primer nivel de atención en salud en el año 1994, representó entre un 20 y 30 % del gasto total de la Caja en ese año, por lo que se deduce que el gasto entre el segundo y tercer nivel osciló entre un 80 y 70% del total.
2. Crecimiento del Gasto Hospitalario: que implica menos recursos para la atención primaria. La tasa de crecimiento hospitalario supera la de los otros niveles del sistema, lo que se traduce en mayores recursos para los

hospitales. Este crecimiento del gasto hospitalario, marcó la necesidad de realizar cambios que promovieran la eficiencia y equidad en el uso de los recursos materiales, económicos y humanos, tendientes a lograr una adecuada distribución entre la atención primaria y la hospitalaria.

3. Relación Gasto en Salud / Producto Interno Bruto (PIB): que constituye la medida más importante para analizar el tamaño del sector salud. La Caja asume parte del gasto total de los servicios en salud y para 1993 correspondió a un 76% del PIB. Con relación al PIB, el comportamiento del gasto público total en salud osciló entre 4.48% en 1988 y 6.42% en 1995. Debe agregarse el gasto privado estimado en un 23% del gasto total en 1988. Cálculos al año 1994 suponían, que el volumen del gasto público total alcanzaría una cifra cercana al 10.7% del PIB.
4. Envejecimiento de la Población: se relaciona dentro del marco de la seguridad social, con el sistema de pensiones y sus consecuencias económicas. Además, se vincula con un incremento en la demanda de servicios de salud de la población, que trae consigo un aumento en los problemas económicos del sector y la necesidad de mejorar la asignación de recursos.
5. Productividad y Eficiencia en el Tercer Nivel de Atención: Retos y Oportunidades: mientras que los índices de crecimiento de gasto real presentan tendencia de crecimiento, los índices de producción se mantenían constantes o decrecientes exceptuando lo concerniente a las urgencias. Es importante señalar que el gasto, viene motivado por el cambio en el perfil epidemiológico, los altos costos en tecnología médica, las limitaciones a la eficiencia y productividad que imponen los convenios o acuerdos institucionales, la ausencia de incentivos que no premian la excelencia ni la calidad sino más bien la antigüedad.
6. Desequilibrio Financiero entre Gastos e Ingresos: una variedad de factores son causa de presión en el sector salud, con un inevitable aumento en los costos. Las nuevas exigencias sobre la eficiencia

económica hacen más difícil la recaudación con el consiguiente desequilibrio financiero de la Institución.

En diciembre de 1996, se negocian los primeros Compromisos de Gestión en la C.C.S.S. y en enero del año 1997, bajo esta modalidad operaban siete hospitales y cinco Áreas de Salud que fueron: Coronado, Turrialba, Chacarita, Barranca y Esparza, las tres últimas de la Región Pacífico Central. En el año 1998, se incorporan veintiocho Unidades más, 10 Hospitales y 14 Áreas de Salud, entre las cuales, se encuentra Naranjo y 4 Cooperativas.

Para el mes de enero del año 2000, el Área de Salud de Abangares se incluye dentro de este nuevo modelo de asignación de recursos. Actualmente el 100% de las unidades de la C.C.S.S. han suscrito Compromisos de Gestión.

Cabe destacar que para fortalecer aún más la figura de los Compromisos de Gestión, el parlamento aprobó la ley 7852 en el año 1998, “Desconcentración de Clínicas y Hospitales de la C.C.S.S.”; en la cual, los Compromisos de Gestión son el eje principal sobre el que gira dicha ley.

En principio, pactar coberturas sobre población fue bastante difícil, debido a que los registros de población no eran fidedignos, se contaba con registros de atención primaria y un censo de población obsoletos. Los registros de atención primaria no eran muy confiables, por dificultades en la conducción de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP), en parte, porque en su mayoría eran trabajadores que venían siendo trasladados del Ministerio de Salud a la CCSS, con más de 10 años de antigüedad, que no cumplían con eficiencia su trabajo; su producción de visitas domiciliarias era mínimo, algunos con un promedio de tres visitas por día; como en el caso del Area de Salud de Chacarita. Algunos inconformes, con el traslado de su lugar de trabajo en el proceso de transición, deciden regresarse a la sede del Ministerio de Salud en Puntarenas y renunciar a su traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Aún así, se establecieron indicadores para coberturas con criterios de calidad en los diferentes sub-programas de atención integral en salud de la

Institución; los cuales, contenían el programa de salud de la mujer e incluían las coberturas de atención prenatal con criterios de calidad que, a través de los años, se fueron modificando conforme las unidades mejoraron los registros. También, se sumó el censo de población realizado en el año 2000 que fue tomado en cuenta por la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la C.C.S.S., para la Negociación de los Compromisos de Gestión en el año 2001.

Si se obtienen altas coberturas de atención en mujeres embarazadas y, si estas atenciones son de alta “calidad”, se espera que incidan positivamente en los índices de mortalidad materno-infantil. De hecho, “el indicador de mortalidad infantil determina directamente la esperanza de vida al nacer”⁹. Es decir, que existe una relación entre ambos indicadores de manera inversa, por lo que conforme disminuye la mortalidad infantil aumenta la esperanza de vida al nacer, lo que implica que al mejorar la atención y las condiciones de vida se favorece la salud.

1.1.2.1. LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA.

La mortalidad infantil ha descendido de 15.3 a 10,82 por mil nacidos vivos entre los periodos comprendidos entre 1990-2001 en el país. En estos se da una tendencia general descendente de 4,5 muertes evitables por cada 1.000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad infantil en el periodo 1997-2001 han sido:

- a) Afecciones en el periodo perinatal.
- b) Malformaciones congénitas.
- c) Enfermedades del sistema respiratorio.
- d) Enfermedades infecciosas y parasitarias.

La mortalidad materna en los últimos 10 años en Costa Rica, ha presentado oscilaciones que van de 3,7 a 3,1 por 10.000 nacimientos en el periodo 1997-2001. Al distribuir la mortalidad materna por grandes grupos de causas entre 1996-2001, se demuestra que está asociada con factores de la atención del

embarazo, parto y puerperio. Entre estas tenemos:

1. Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio.
2. Complicaciones del trabajo de parto.
3. Embarazo terminado en aborto.
4. Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica.
5. Complicaciones del puerperio.

Debe además considerarse, que la población indocumentada en el país puede elevar la tasa de mortalidad materna.¹⁰ Lo anterior probablemente relacionado con los inmigrantes, por sus condiciones de vida y nivel de pobreza.

Para fines de este estudio, no se incluirá la mortalidad materna, por motivo de no disponer de registros confiables en las Áreas de Salud, ya que las muertes por lo general ocurren en los distintos hospitales y en diversos escenarios cuando son causados por traumas, infartos u otros y el registro de las mismas ha tomado importancia recientemente.

“La mortalidad infantil es un indicador de suma importancia para las autoridades internacionales, ya que refleja la situación socioeconómica de una población y a su vez, el nivel de desarrollo sanitario¹¹.

En nuestro país, en el año 1996, por este motivo se crea el Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI), que en el año de 1998 por decreto organiza las Comisiones de Análisis de Mortalidad Infantil en el nivel nacional, regional y local (CONAMI, CORAMI, COLAMI respectivamente) con el fin de identificar la totalidad de muertes, su reporte obligatorio, determinar la prevenibilidad del evento en relación con las condiciones socio-sanitarias y respuesta del sistema; así como, la toma de decisiones y de estrategias de prevención.

⁹ Sáenz Madrigal Dra. Rocío y otros. “Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica 2002”. Ministerio de Salud y otros.

¹⁰ Sáenz Madrigal Dra. Rocío y otros. “Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica 2002”. Ministerio de Salud y otros.

¹¹ www.netsalud.sa.cr

El comportamiento de este indicador ha presentado una disminución relativa del 33%, entre la década de 1990 y del 2000, alcanzando su valor más bajo ese año, con una tasa de 10,2 por mil nacimientos vivos, equivalente a 798 muertes en el país. En el año 2001, la tasa de mortalidad infantil fue de 10,8 por mil nacidos vivos, con un total de 827 defunciones de niños menores de un año.

En el año 2002, la tasa nacional es de 11,1 por mil nacidos vivos, equivalente a 793 muertes. Al comparar estos datos con el año 2001, se observa un aumento en la tasa del 3%. El aumento en la tasa de mortalidad infantil en el año 2002, puede estar asociado a nacimientos en poblaciones con mayor riesgo, como madres adolescentes y multíparas de las zonas más pobres.

Según las causas de mortalidad infantil, la primera se refiere a afecciones originadas en el periodo perinatal. La segunda son las malformaciones congénitas. La tercera más importante son las enfermedades del aparato respiratorio, incluyen las infecciones respiratorias agudas, que mantienen una tendencia al descenso en la tasa; y por último, la cuarta causa en importancia, corresponde a las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Cabe mencionar que existen otros factores determinantes en las causas de mortalidad infantil como son, las necesidades básicas insatisfechas (por debajo de línea de pobreza) asociadas con el analfabetismo, nutrición deficiente, grado de escolaridad incompleto, madres no aseguradas por la C.C.S.S, madres extranjeras y madres solteras.

El Ministerio de Salud en el período 1994-1998, escogió la Mortalidad Infantil, como condición "trazadora" de la calidad de un servicio de salud, tomando como eje de evaluación los procesos de embarazo, parto, atención del recién nacido y crecimiento y desarrollo del niño (a) menor de un año.

En 1999, con la creación del Plan Nacional para la Prevención de la Mortalidad Infantil, se logran las metas propuestas como son la reducción de la tasa de mortalidad infantil a un nivel inferior de 11 por mil nacidos vivos y también;

se analizó el 70% del total de muertes infantiles ocurridas en el país”¹²

Como parte de la estrategia de mejoramiento continuo y el fortalecimiento del primer nivel de atención con los E.B.A.I.S., mediante la aplicación y evaluación de los criterios de calidad, en los subprogramas de atención integral en salud del niño y niña menor de un año y la atención de la mujer embarazada, se pretende garantizar la aplicación de las normas de atención integral elaboradas por el Ministerio de Salud y la C.C.S.S.

¹² Ministerio de Salud. Boletín de Prensa. NETSALUD. Artículo: Mortalidad Infantil: Situación Actual y Respuesta del Sector Salud.

RELACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN CON MORTALIDAD INFANTIL.

Correspondencia o conexión entre los indicadores pactados en el Compromiso de Gestión y el comportamiento de la mortalidad infantil

El Compromiso de Gestión, a través del cumplimiento de las coberturas de Atención Integral de los Niños y Niñas Menores de 1 año y de la mujer embarazada con criterios de calidad, pretende lograr un efecto positivo sobre la tasa de morbilidad y mortalidad infantil.

Para lograr alcanzar buenos índices de salud en la población, es indispensable brindar atención prioritaria a las madres y a los niños. El control prenatal, la atención del parto y la asistencia eficiente e inmediata del recién nacido, constituyen las tres intervenciones más importantes que el equipo de salud puede realizar para mejorar la salud materno infantil.

La prioridad que siempre se le ha dado al cuidado de la salud de las madres y de los niños, mantiene su vigencia a través de los años. La razón es, que el objetivo de estos programas no estriba solo en evitar la enfermedad y la muerte; sino, en satisfacer las necesidades biológicas y psico-sociales del proceso de crecimiento, desarrollo y reproducción humana, procurando la supervivencia y desarrollo saludable de la humanidad. Los programas de salud materno-infantil representan la contribución del sector salud a la justicia y la paz social.

“El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud” aprobó un plan de acción para aplicar las estrategias regionales de “Salud para Todos en el Año 2.000” y en él se entre los grupos prioritarios a los niños y mujeres en edad reproductiva, por entender que estos se encuentran entre la población vulnerable.

En Costa Rica, la atención a la salud del grupo materno-infantil siempre ha recibido todo el apoyo y esfuerzo de las autoridades, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja Costarricense de Seguro Social. Por esta razón, se han logrado buenos porcentajes de cobertura en rubros tan importantes como la atención hospitalaria del parto, que alcanza un 95% como promedio en los últimos años; la consulta prenatal, según algunas encuestas se encuentran alrededor de un 90%;

no obstante, la concentración es menor que lo que recomiendan las normas; por lo tanto, requieren una mayor supervisión. Sin embargo, algunas actividades importantes como la consulta post-parto, post-aborto y la de crecimiento y desarrollo son bajas y requieren mejoras en cobertura y calidad de atención. (Plan Nacional de Salud de la Mujer, la Madre y el Recién Nacido, M.S., C.C.S.S., O.P.S., O.M.S., Programa Salud Reproductiva, 1997).

El propósito principal de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, es elevar el nivel de salud de la población, mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer, la madre, el recién nacido y el bienestar de la familia.

Las acciones ejecutadas en coordinación por las instituciones, es cumplir los siguientes objetivos:

1. Contribuir al mejoramiento de la salud de la madre y el recién nacido, mediante el fomento de acciones específicas dirigidas a estos importantes grupos poblacionales.
2. Promover la ampliación y aumento de la cobertura, la eficiencia y calidad de los servicios que brindan a la mujer, las madres y el recién nacido.
3. Fomentar una mayor demanda de los servicios de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.
4. Disminuir la mortalidad materna, a través de la eliminación de las muertes por causas prevenibles.
5. Promover y vigilar la instrumentación del proceso normativo único para el Sistema Nacional de Salud.
6. Impulsar la adecuación del sistema de registros médicos e información biomédica relacionados con el área materno infantil.
7. Mantener un diagnóstico actualizado de la situación de salud en este campo, con proyecciones futuras para definir las acciones necesarias

para su atención.

8. Adecuar la formación del recurso humano en atención de salud de la mujer, la embarazada y el recién nacido de acuerdo con la caracterización situacional del momento.

1.1.3 CONTEXTO LOCAL

Previo al inicio de los Compromisos de Gestión, comienza a implementarse la atención integral de la mujer embarazada y del niño menor de un año, cumpliendo las normas de atención Integral en salud que surgieron como una necesidad propia de este modelo de atención.

Se consideran serias debilidades del sistema de salud como son: escasez de recurso económico, humano, equipo e infraestructura; además, de un inadecuado seguimiento de las gestantes y baja aplicación de las nuevas normas de atención integral que habían surgido en el año 1995. Además, se enfrentaba una deficiente capacidad de análisis, control y evaluación de la gestión de los procesos y trabajo en equipo. No existían comisiones de evaluación de expedientes ni de los casos de mortalidad infantil.

El análisis de producción y los sistemas de información eran deficientes, además, existía poca cultura de rendición de cuentas, insuficiente capacitación tanto gerencial (90% de su tiempo el director daba consulta), como de los funcionarios de atención directa. No existían incentivos a la producción, con lo cual causaba un alto grado de desmotivación y ausentismo del personal, todo lo cual se reflejaba en una creciente insatisfacción ciudadana por los servicios que se les brindaba.

En el año 1997, comienzan las primeras Áreas de Salud a aplicar el modelo de Compromisos de Gestión, entre ellas el Área de Salud de Chacarita. Pese a su implementación, surgieron múltiples inconvenientes que generaron polémica relacionados con la definición de indicadores; los cuales, no estaban claros, por lo

que hubo que redefinirlos. En el año 1998, inicia con el modelo el Área de Salud de Naranjo y, en el año 2000 el Área de Salud de Abangares. Año con año se fueron sumando más unidades hasta completar el 100% en el año 2.001. Desde entonces, cada año las Áreas de Salud pactan mediante los Compromisos de Gestión, las coberturas de los diferentes subprogramas de atención, de acuerdo con la población adscrita y capacidad resolutive de cada unidad. Estas son evaluadas anualmente por una comisión del Nivel Central y Regional.

A partir del año 1999, en las Áreas de Salud se conforman las Comisiones Locales de Análisis de Mortalidad Infantil (COLAMI), que analizan todos los casos de niños fallecidos menores de un año, para determinar las posibles causas prevenibles o no que incidieron en el evento final. Esta acción se realiza con el fin de implementar estrategias que permitan el abordaje óptimo y por ende, disminuir la tasa de mortalidad infantil.

En el siguiente cuadro se presentan las tasas de mortalidad infantil de las Áreas de Salud en estudio, durante el período 1997 - 1999.

CUADRO # 2

Número de nacimientos, defunciones en menores de un año y tasa de mortalidad infantil, Áreas de Salud de Abangares (A), Chacarita (CH) y Naranjo (N). Período 1997 - 1999.

AÑO	NACIMIENTOS			DEFUNCION MENORES DE 1 AÑO			INDICE MORTALIDAD INFANTIL		
	CH	A	N	CH	A	N	CH	A	N
1997	403	301	596	9	5	7	22	17	11.7
1998	387	298	650	5	3	8	13	10	12.3
1999	472	216	643	4	4	9	8.5	19	13.9

Fuente: Informes Estadísticos Comisión Análisis Mortalidad Infantil, Áreas de Salud en estudio.

1.2 JUSTIFICACION

La presente investigación se realiza con el fin de determinar si los Subprogramas de Atención Integral con criterios de calidad del Niño (a) menor de 1 año y de la Mujer Embarazada, pactados en el Compromiso de Gestión, en las Áreas de Salud de Abangares, Chacarita y Naranjo, han influido en forma positiva en el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil; para lo cual, es importante conocer algunos aspectos relacionados como son:

1. Si el Compromiso de Gestión es una herramienta eficaz para alcanzar mayores coberturas con criterios de calidad, en la atención integral de la mujer embarazada, la atención integral del niño y, su relación con la tasa de mortalidad infantil en las Áreas de Salud en estudio.
2. Si el control y evaluación de los procesos que se desarrollan con el Compromiso de Gestión, han mejorado la calidad de la atención en salud y promovido una mayor participación del personal mediante el

trabajo en equipo.

La presente investigación será de gran utilidad para autoridades gubernamentales, del sector salud, para los diferentes equipos de trabajo de las Áreas de Salud, estudiantes de carreras afines; así como también, líderes comunales y usuarios de los servicios de salud, para el análisis y planteamiento de diferentes estrategias que mejoren los índices de salud.

El resultado de la investigación permitirá corroborar si existe un abordaje pertinente, efectivo y de calidad de los subprogramas de atención integral del niño menor de un año y de la mujer embarazada, capaz de mejorar la prestación de los servicios y los índices de salud, por medio de los Compromisos de Gestión pactados anualmente.

Como factores primordiales que garantizan la viabilidad de la investigación, se consideran el fácil acceso y disponibilidad de la información estadística; el apoyo por parte de las autoridades institucionales para su elaboración; además; disponer de medios tecnológicos adecuados para su desarrollo.

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el cumplimiento de los criterios de calidad de los subprogramas de atención integral de la mujer embarazada y del niño menor de un año, negociados en el Compromiso de Gestión y el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil, en las Áreas de Salud de Abangares, Chacarita y Naranjo, durante el periodo 2000 - 2002?

1.4 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.4.1 Objetivo General:

Determinar si la relación de los subprogramas de atención integral de la mujer embarazada y del niño menor de un año, con sus respectivos criterios de calidad pactados en el Compromiso de Gestión, han generado una reducción en

las tasas de mortalidad infantil en los años 2000, 2001 y 2002, en las Áreas de Salud de Chacarita, Abangares y Naranjo.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1. Analizar los criterios de calidad y su relación con la mortalidad infantil.
2. Analizar comparativamente la cobertura total de atención integral de la mujer embarazada con la cobertura con calidad lograda en cada Área de Salud, pactadas en el Compromiso de Gestión, durante el período de estudio.
3. Analizar comparativamente la cobertura total de atención integral del niño menor de un año con la cobertura con calidad lograda en cada Área de Salud, pactadas en el Compromiso de Gestión, durante el período de estudio.
4. Determinar el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil y su relación con los sub-programas de atención integral del niño menor de un año y de la mujer embarazada, pactados en el Compromiso de Gestión, en cada Área de Salud, durante el período de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el marco teórico se mencionan aspectos importantes de referencia para fundamentar la presente investigación y facilitar el análisis del problema en estudio.

2.1 COMPROMISOS DE GESTIÓN

Podemos definir los Compromisos de Gestión como: “El acuerdo entre partes, que define y evalúa la relación entre la asignación de recursos con la producción en salud, tipificada con criterios de calidad y oportunidad, en respuesta a las necesidades de salud de la población”. De otra forma puede formularse como “un instrumento para vincular la actividad con los recursos y trasladar el riesgo al prestador” (Guzmán Dra. Ana. Tesis de Grado “Los Compromisos de Gestión en Costa Rica 1997-2000”). Para el Lic. Román Navarro refiriéndose a la finalidad de este acuerdo indica: “El Compromiso de Gestión es un instrumento jurídico de carácter contractual que tiene entre otros objetivos, reducir la discrecionalidad administrativa del órgano persona, asignar de la mejor manera los recursos institucionales, garantizar la eficacia y calidad de los servicios de salud”¹³

Compromiso - contrato:

Podríamos preguntarnos porque compromisos y no contratos de gestión. En principio, se iban a denominar “contratos de gestión”; sin embargo, surgieron ciertas inquietudes tanto jurídicas como de visión estratégica para su implementación, que hizo que se decidiera por el término de compromiso.

“Algunas de estas razones fueron:

- 1 El término contrato podría confundir a los funcionarios con los contratistas con quienes se relacionaban cotidianamente en sus quehaceres diarios.

¹³ Navarro, Román. Informe: La Desconcentración Administrativa y Personalidad Jurídica Instrumental. La Experiencia de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica. Año 2001. Presentado a la Gerencia de Modernización de la CCSS.

- 2 Para evitar un trasfondo o aire de privatización inconveniente para el momento. Recordemos que per se, la Reforma del Sector Salud había ocasionado resistencia tanto en los hospitales como en las Áreas de Salud.
- 3 El Compromiso de Gestión es un acuerdo de partes y tiene naturaleza contractual. Expresa una voluntad del firmante de cumplimiento con carácter de obligatoriedad. Instrumento obligatorio por un lado y consensual por otro.

Por ser un “acuerdo” entre unidades de una misma institución se optó por el término compromiso.”¹⁴

El Compromiso de Gestión tiene naturaleza contractual. Como anteriormente se indicó, para fortalecer más la figura del Compromiso de Gestión, la ley 7852 de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, lo incluyó como el eje central de la ley y su naturaleza jurídica parece interpretarse en los artículos 6,7 y 9 de la citada ley que describe: “la suscripción de un Compromiso de Gestión entre la institución y los Centros de Salud”. Cabe señalar, que con la citada ley, en la actualidad pueden existir unidades con Compromiso de Gestión no Desconcentradas y unidades con Compromiso de Gestión Desconcentradas. Lo que no puede haber son unidades desconcentradas sin Compromiso de Gestión.

En términos jurídicos el contrato programa Compromiso de Gestión es una ficción legal. Lo que en realidad se hace es una dirección por objetivos, descentralizando algunas decisiones y vinculando los costos con la actividad. Prevalece el principio de jerarquía característico de los órganos sanitarios públicos; lo cual, hace que no exista un traslado efectivo de riesgo a las organizaciones, a los directivos ni a los profesionales.

¹⁴ Sánchez M, Rocío. “Análisis de la vinculación del compromiso de gestión del año 2002 con las necesidades de salud de la población. El caso de Costa Rica”. Tesis para optar por el grado de Master en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, España, junio de 2002

2.1.1 COMPROMISO DE GESTIÓN Y CUASI MERCADOS

“La historia en América Latina nos habla en términos diferentes a los que describen las teorías de los contratos en el sistema sanitario español y, que es a lo que se han denominado “cuasimercados”. Los cuasimercados, según Ana Sojo, “constituyen sistemas particulares de interacciones de intercambio económico que se basan en principios dentro de un marco regulatorio, con sistemas de incentivos que se fundamentan en la separación de funciones y con implicaciones importantes en la sociedad”¹⁵. Promueven una competencia entre proveedores y el poder de compra se expresa mediante un presupuesto pactado. El Estado mantiene la función de financiamiento y deja a un lado la de prestación de servicios, mediante la transformación de las entidades públicas en instituciones sin fines de lucro o semi-independientes. A su vez, puede incorporar la empresa privada a la prestación. Tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como un derecho del ciudadano, promoviendo una mejor utilización de los recursos y mejor desempeño de los funcionarios.

Entre los aspectos principales en que se diferencia de los mercados convencionales están:

- a- El poder comprador no se expresa en términos monetarios sino, mediante un presupuesto pactado.
- b- Los consumidores están representados por agentes, sus decisiones de compra son asumidas por una entidad compradora, cuyo carácter está determinado por la organización del cuasi mercado y las reglas del juego del aseguramiento.
- c- Los precios no son libres de mercado (oferta y demanda), sino más bien negociados y fijados por el ente comprador.
- d- En cuanto a la oferta, existen variadas formas de propiedad que dependen de diversos tipos de financiamiento por lo que no en todas se busca

maximizar las utilidades.

- e- Tratándose de combinación público - privada, los cuasi mercados obedecen a dos racionalidades: En Prestador Público, la simulación de precios de mercado con precios negociados, pretende introducir competencia en el ámbito público, mejorando su eficiencia y calidad. En Prestador Privado, los precios administrados substituyen a los precios del mercado, ya que el mercado no puede producir un bien que el Estado demanda.
- f- Los elementos de competencia pueden introducirse de diferentes ángulos, ya sea al modificar la provisión público - privada de servicios, ampliando la participación privada o brindando mayor autonomía a las instituciones públicas. Dentro del sistema, la competencia puede ser promovida por la libre elección en el sistema de referencia o de los profesionales o la competencia por presupuestos entre hospitales.
- g- La provisión pública y la privada, deben garantizar el derecho de salud de los ciudadanos, bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad y eficiencia.”¹⁶

Tomando como base las corrientes que a nivel mundial se generaban y tratando de dar un mayor impulso a la modernización, con el afán de mejorar la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud y de satisfacer el fin público, en el mes de junio de 1996, la Junta Directiva de la C.C.S.S. tomó una decisión, que orientaría a un cambio en el diseño organizativo de la institución, hacia la consolidación de los principios del modelo de atención a la salud y del nuevo sistema de asignación de recursos financieros, creando así los cuasi mercados. Estos principios son los siguientes:

1. La Caja Costarricense de Seguro Social (C. C. S. S.) es una única organización encargada de proporcionar protección para la salud y atención de la enfermedad y dar pensiones bajo los principios de la

¹⁵ Sojo, Ana. Hacia nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. Serie Políticas Sociales 27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Julio 1998.

¹⁶ Muñoz Corea Daniel y otros. Antología del Curso Economía de la Salud. UNED 2003.

seguridad social.

2. División de funciones en: financiamiento, recaudación, compra y provisión.
3. Se establecerá una relación entre el plan de financiamiento / compra y provisión, basada en el Compromiso de Gestión.
4. Se facultará a las unidades para que asuman su gestión con autoridad y responsabilidad.
5. Se promoverá el desarrollo de una organización orientada a resultados y a la satisfacción del cliente.
6. Se promoverá la gestión coordinada de los centros proveedores de servicios de salud, enmarcada dentro de una red de servicios.
7. El proceso de cambio organizativo se hará con los recursos humanos disponibles.
8. Se evolucionará hacia una cultura de rendición de cuentas.
9. Se promoverá el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación interna y externa para la sensibilización y difusión del proceso de cambio.
10. La utilización de los sistemas de información es clave en la planificación y el control de la gestión.
11. La nueva organización facilita la participación social.
12. La participación de los trabajadores de la CCSS en el proceso de cambio es imprescindible.¹⁷

Es entonces, cuando la C. C. S. S. adopta el modelo de Compromisos de Gestión dentro de su organización, procurando llevarla a mejores niveles de

¹⁷ Salas Chávez Dr. Alvaro. Presente y futuro. Año 1998.

productividad con calidad.

Antes de 1996, había un enfoque tradicional de la gestión de los seguros administrados en el ámbito del sector público; las técnicas de asignación de recursos presupuestarios eran sustentadas sobre una base histórica y un análisis de producción. Con la introducción del nuevo sistema de asignación de recursos financieros (SARF), este tiende a modificarse basado en criterios de asignación prospectiva, capaz de atender las prioridades de salud y dirigido a incentivar la producción, la calidad y la eficiencia¹⁸. Es así, por lo que dentro del marco conceptual que aprobara la Junta Directiva de la C.C.S.S. en el año 1996, se propusieron cuatro objetivos básicos:

1. Sustituir los presupuestos de base histórica por presupuestos prospectivos vinculados a resultados.
2. Asignar equitativamente los recursos en función de las necesidades de la población, la demanda y la producción óptima en cuanto a eficiencia y calidad.
3. Descentralizar y dar autonomía a los hospitales y Áreas de Salud.
4. Establecer la función gerencial en los hospitales y Áreas de Salud¹⁹.

2.2 CONCEPTO DE CALIDAD

Para analizar la variable de la calidad de la atención, es necesario comprender que el concepto de calidad es muy amplio, debido a las variaciones que ha presentado a lo largo de la historia.

A medida que el cliente empieza a exigir más calidad en los productos y servicios que recibe, nace el Control de Calidad que consiste en realizar la inspección de las características de un producto, para verificar si satisface las necesidades técnicas y de producción. La calidad se identifica con ausencia de

¹⁸ Salas Chávez Dr. Alvaro. Presente y futuro. Año 1998.

¹⁹ Salas Chávez Dr. Alvaro. Presente y futuro. Año 1998. Gutiérrez Brenes y otros. Antología del curso Investigación de Operaciones. UNED 2003.

defectos. El cliente busca un producto sin defectos, por lo que el concepto de calidad se va dirigiendo hacia el grado de satisfacción de las necesidades del cliente”²⁰.

Para ilustrar mejor el concepto de “calidad y garantía de calidad” actual el Dr. Orlando Urroz Torres²¹, Coordinador de la Comisión para el Mejoramiento Continuo de la Calidad Sector Salud de nuestro país, se refirió a este en su exposición magistral “Hacia una Cultura de Calidad en la Seguridad Social” impartida en el taller sobre “Alcances, Límites y Retos de la Desconcentración en el Marco de la Reforma Institucional” y los definió como a continuación se expone:

“Es una filosofía de vida que requiere un compromiso personal, para mejorar en todos los campos en los que se desenvuelve un ser humano”

“Es el esfuerzo diligente y persistente en un compromiso que lleva al continuo auto análisis y al aprendizaje de nuevas formas y acciones que permitan la mejora continua”.

“Se define la Garantía de Calidad, como una filosofía de actuación dentro de la C.C.S.S., entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización, en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que satisfagan las necesidades y superen las expectativas del cliente y la comunidad, en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud y pensiones, elementos fundamentales de la Seguridad Social costarricense”.

Otro de los conceptos modernos es el que corresponde a “Gestión de Calidad Total” y que supone integrar el concepto de calidad en todas las fases del producto y a todos los departamentos que tienen alguna influencia en la calidad

²⁰ Gutiérrez Brenes y otros. Antología Investigación de Operaciones. UNED 2003

²¹ Urroz T. Dr. Orlando. “Hacia una Cultura de Calidad en la Seguridad Social” Exposición magistral en Taller sobre “Alcances, Límites y Retos de la Desconcentración en el Marco Institucional de la Reforma Institucional” Cendeiss, junio 2003.

final del proceso y / o servicio.²²

Para los fines de nuestra investigación, definimos la CALIDAD como un proceso de mejoramiento continuo en todo el ámbito de la organización, con el fin de brindar mayor satisfacción a las necesidades de atención del cliente, mediante el auto-análisis de la gestión y el trabajo en equipo, que contribuyan a alcanzar mejores indicadores de salud en la mujer embarazada y el niño (a).

Los Compromisos de Gestión contemplan los subprogramas de atención integral de la mujer embarazada y del niño menor de un año; los cuales, evalúan el cumplimiento de criterios de calidad, entendiéndose estos como aquellas actividades dentro de la atención integral, cuyo cumplimiento es evaluado como un requisito para brindar un servicio en salud oportuno, eficiente y de calidad, que garantice calidad de vida a los usuarios.

Estos son definidos en el apartado de las fichas técnicas de los Compromisos de Gestión y negociados de acuerdo con las posibilidades de cumplimiento de cada Área de Salud.

Entre los criterios de calidad a evaluar tenemos:

2.2.1 CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRENATAL

“Captación temprana: primera consulta de control prenatal durante las primeras 13 semanas de gestación (I trimestre). Se aceptan justificaciones válidas.

Concentración: Mínimo: 2 consultas en el II trimestre (14-27 semanas) y al menos 2 consultas en el III trimestre (28-40). Ausencia justificada es la que quede consignada en el expediente: la anotación de la próxima cita y/o consignación de la ausencia (Anotado por cualquier miembro del equipo).

Identificación y clasificación de riesgo: Se valora el riesgo en cada consulta, consigna mínimo dos veces en el año (una valoración en la primera consulta y otra

²² Gutiérrez Brenes y otros. Antología Investigación de Operaciones. UNED 2003.

entre las 28-40 semanas de gestación) y se cuando este se modifica. Anotar en el expediente el factor que lo genera.

Indicación y Valoración de VDRL: Verificación de la indicación consignada en el expediente, en la primera consulta prenatal y a los 30 - 35 semanas de gestación.

Indicación de examen general de orina: Cumplimiento de la norma de un examen de orina solicitado en cada consulta.

Aplicación de DT: Verificación de su aplicación según la normas vigentes.

Prescripción de hierro y ácido fólico: Verificación de su prescripción en cada consulta.

2.2.2 CRITERIOS DE CALIDAD ATENCIÓN DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO

Captación Temprana: de niños y niñas de 28 días o menos, verificación del tamizaje neonatal, valoración del desarrollo, valoración e interpretación del estado nutricional, valoración del riesgo, vacunación y educación.

Concentración: en niños y niñas menores de un año (de 29 días a 11 meses 29 días) cuatro consultas distribuidas de la siguiente forma: una consulta entre el primer mes y los tres meses, una consulta entre los cuatro y cinco meses, una consulta entre los seis y ocho meses, y una consulta al menos entre los nueve y doce meses.

Valoración del Desarrollo: aplicación de la gráfica de EDIN.

Valoración del Estado Nutricional: según la clasificación de la gráfica peso/edad.

Valoración del Riesgo: una valoración entre los seis y doce meses, indicando en el expediente si existe o no existe riesgo.

Prescripción de hierro: Consignar en el expediente las condiciones del niño (tipo

de lactancia y si es de término o pretérmino) y la indicación de hierro preventivo según norma: A todos los recién nacidos de pretérmino a partir del mes de edad, a partir de los cuatro meses los que estén con lactancia mixta o sin lactancia materna, a partir de los seis meses a los que estén con lactancia exclusiva. Independientemente del momento de inicio de la prescripción de hierro debe quedar anotada en las siguientes consultas de control.

Vacunación: Consignar en el expediente, en el formulario respectivo (Código 4-70-03-3040) las vacunas correspondientes según normas, o en cualquier otro registro verificable.

Educación: Menores de 1 año: Durante el año se debe orientar al responsable del niño(a), en al menos los siguientes temas: **a-Lactancia Materna** (Técnicas de posición para amamantar, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, extracción manual y conservación de la leche materna, indicaciones sobre dificultades del amamantamiento y riesgos del biberón). **b-Signos de alarma** (fiebre persistente, rigidez de cuello, convulsiones, retraso del desarrollo sicomotor). **c-Alimentación** durante el primer año de vida.

2.3 COBERTURAS EN SALUD

Al referirse a coberturas de atención en salud, se describe la relación entre el universo de población y la cantidad del mismo atendida, expresada en porcentaje:

1- Cobertura de atención integral de mujeres embarazadas: Porcentaje de mujeres embarazadas que han sido atendidas por primera vez en el control prenatal en el año.

2- Cobertura de atención integral de niños menores de un año: Porcentaje de niños menores de un año que han sido atendidos por primera vez en el año.

Interesa conocer en el presente estudio la cobertura de atención prenatal y del niño (a) con criterios de calidad.

1- Cobertura con calidad de atención integral de mujeres embarazadas: Porcentaje de mujeres embarazadas que han sido atendidas por primera vez en el control prenatal en el año, aplicando los criterios de calidad.

2- Cobertura con calidad de atención integral de niños menores de un año: Porcentaje de niños menores de un año que han sido atendidos por primera vez en el año, aplicando los criterios de calidad.²³

2.4 CRITERIOS DE MORTALIDAD INFANTIL

Objetivo: Mejorar la calidad de la prestación de los servicios que se brindan, mediante la identificación de las causas de muerte de menores de un año y el desarrollo de acciones correctivas.

Definición: Estudio de los factores y desarrollo de acciones correctivas que incidan en la disminución de las muertes de los menores de un año.

Componentes del indicador: Análisis de la mortalidad infantil y desarrollo de acciones correctivas:

Se constata la aplicación de instrumentos y el análisis del total de muertes infantiles ocurridas, identificación de aspectos críticos de la calidad de atención, independientemente que la muerte haya sido clasificada de prevenible o no, además, se diseñan y ejecutan acciones correctivas tendientes a mejorar dicha atención. Se debe evidenciar por escrito los logros obtenidos con la implementación de estas medidas.

2.4.1 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Es una tasa específica por edad, que mide la probabilidad de morir durante el primer año de vida. Esta tasa puede ser inexacta por varios factores, especialmente por:

- a Sub-registro de los nacimientos, de las defunciones o de ambos; sobre todo cuando la defunción ocurre en los primeros minutos u horas de vida; con frecuencia se registra como una defunción fetal, cuando lo correcto es registrarla como nacimiento y como defunción, ya que un recién nacido que fallece poco después da origen a dos hechos vitales.
- b Errores de clasificación de las defunciones porque se anotó incorrectamente la edad del niño, al confundirla con el período de gestación en el momento en que se produjo el nacimiento.
- c Errores en la ubicación geográfica y por fechas de los nacimientos y de las defunciones infantiles, que debieron tabularse por fecha de ocurrencia y lugar de residencia, pero a veces se registra por lugar de ocurrencia y de fecha de inscripción.

Se entiende por mortalidad infantil las defunciones de los niños menores de un año de edad. Como la cifra de la población expuesta no se conoce correctamente, se estima con el número de nacimientos registrados durante el mismo año. Se define como el número de defunciones en menores de un año de edad entre el número de nacidos vivos x mil.

Defunción: se entiende como la desaparición de todo signo de vida después del nacimiento. La edad para la defunción durante el primer día de vida (día cero) debe registrarse en minutos u horas completas de vida. Para el segundo día (día 1), es decir, 1 día de edad, tercer día (día 2) y hasta los 27 días completos de vida. La edad al morir debe registrarse en días.

Nacido Vivo: la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, tal como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria; tanto si se ha cortado o no el

²³ Dirección Compra de Servicios, CCSS, Fichas Técnicas Compromiso de Gestión. 2000, 2001 y 2002.

cordón umbilical y está o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un niño vivo.

2.4.2 ESTADÍSTICA DE MORBI - MORTALIDAD INFANTIL

La Tasa de Mortalidad Infantil, mide el riesgo o probabilidad de morir en la edad específica. Tratándose de un fenómeno más fácil de medir, las estadísticas de mortalidad han sido ampliamente utilizadas a través de muchas etapas de la historia humana, para estudiar la frecuencia y distribución de las enfermedades, y en el caso de las enfermedades transmisibles han sido en el pasado un instrumento muy efectivo para orientar su control.

Actualmente, al estar controladas en buena parte las enfermedades transmisibles y al considerarse la salud como un derecho universal del ser humano, las estadísticas de morbilidad han pasado a ocupar un puesto más importante, ya que existen numerosos trastornos de la salud que no son causa de muerte.

Sin embargo, para los grupos más jóvenes y más viejos de la población y para ciertas comunidades subdesarrolladas, las estadísticas de mortalidad continúan siendo fundamentales. Aún en sociedades muy avanzadas, las dificultades que hay en la recolección de datos de morbilidad, hacen que se continúe usando los de las defunciones con los mismos propósitos del pasado, o como complemento, para evaluar la cobertura de las estadísticas de morbilidad. El registro de la defunción y de la causa de muerte ha sido objeto de numerosas convenciones internacionales, con el fin de homogenizar y poder así comparar los datos de los diferentes países, lo que ha dado mayor utilidad e importancia a esta información.

Relacionando el número de defunciones y la población donde se produjeron, se calculan las tasas de mortalidad, que pueden ser tasas brutas, específicas o ajustadas. A continuación se definen las tasas de mortalidad

utilizadas con mayor frecuencia.

2.4.3 TASA BRUTA DE MORTALIDAD

Se obtiene dividiendo las defunciones ocurridas en un período y área definidos (generalmente un año), entre la población a mitad del mismo período y de la misma área por 1000. Esta tasa es la más utilizada para comparar diversas regiones o para estudiar la tendencia secular de la mortalidad en determinado lugar; mide la probabilidad total de morir en una población. No es apropiada para comparar áreas que difieren mucho en la estructura de la población, ya que esta tasa cambia no sólo con las variaciones de la mortalidad en sí, sino también de acuerdo con la composición de la población que le sirve de base.

2.4.4 TASA ESPECÍFICA DE MORTALIDAD POR EDAD

Se calcula dividiendo el total de defunciones por todas las causas en edad "i" en el período definido, entre la población en edad "i" a mitad del mismo período por 1000. Esta tasa mide el riesgo o probabilidad de morir en la edad respectiva.

El conjunto de las tasas de todas las edades, constituye la base sobre la cual se calcula la Tabla de Vida. Con excepción de la tasa para los menores de un año, que se calcula diferente, estas tasas generalmente se calculan por grupos quinquenales de edad.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se considera que según su profundidad u objetivo, la investigación es de tipo descriptiva, ya que lo que se determina es la relación entre los criterios de calidad que tienen los subprogramas de atención integral de la mujer embarazada y la atención del niño, dentro del marco de los Compromisos de Gestión y los índices de mortalidad infantil.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

Corresponde al Primer Nivel de Atención en Salud, establecido en el Sistema Nacional de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en las Áreas de Salud de Abangares, Naranjo y Chacarita, ubicadas en la Región Chorotega, Región Central Norte y Región Pacífico Central respectivamente, en lo que respecta a mortalidad infantil.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS / OBJETOS DE ESTUDIO

El objeto de estudio es la relación de los subprogramas de atención integral del niño (a) menor de un año y la mujer embarazada con la tasa de mortalidad infantil, dentro del marco de los Compromisos de Gestión, durante el período de estudio definido entre el año 2000 y 2002.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Las fuentes primarias son: los informes anuales de evaluación de los Compromisos de Gestión de cada Área de Salud, realizado por la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la C.C.S.S., expedientes de salud, informes estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Informes estadísticos propios de las Áreas de Salud (Boletín Estadístico mensual y anuarios), registros de enfermería, informes de la Comisión Regional y Local de Análisis de Mortalidad Infantil de cada Área de Salud y la encuesta realizada a médicos que laboran

en las Áreas de Salud en estudio.

Las fuentes secundarias: corresponden a referencias bibliográficas, documentos de las Fichas Técnicas y Compromiso de Gestión de los años 2000 al 2002.

Para lograr el propósito se empleó la observación, estudios correlacionales y de desarrollo, tomando en consideración los siguientes elementos:

1. Se miden las coberturas alcanzadas en la atención integral de la mujer embarazada y del niño.
2. El análisis es realizado a un grupo de población definida.
3. Debido a que la mortalidad infantil es un fenómeno social importante, se analiza la atención de la mujer en el control prenatal y la atención del niño. Se utilizarán datos estadísticos, estudios de muestras, razonamiento lógico, verificación y confirmación de hipótesis.
4. Es objetivo porque está orientado a resultados, con datos sólidos, repetibles y aborda una realidad estable.
5. La información se recolectó desde un método deductivo, porque el análisis era de lo general a lo particular.

3.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
1. Criterios de Calidad	Independiente
2. Tasa Mortalidad Infantil	Dependiente

3.6 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Problema: ¿Contribuyen los criterios de calidad de los subprogramas de atención integral del niño menor de un año y de la mujer embarazada, negociados en el Compromiso de Gestión, a disminuir la tasa de mortalidad infantil, en las Áreas de Salud de Abangares, Chacarita y Naranjo, durante el periodo 2000 - 2002?

Objetivo General: Determinar si los subprogramas de atención integral con criterios de calidad del niño menor de un año y de la mujer embarazada, pactados en el Compromiso de Gestión, han generado una reducción de la tasa de mortalidad infantil, en las Áreas de Salud de Chacarita, Abangares y Naranjo, en el período 2000-2002.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
---------------------	----------	-----------------------	-----------	------------------------	-------------------------

<p>1- Analizar los criterios de calidad de los subprogramas de atención integral del niño menor de un año y de la mujer embarazada, negociados en el Compromiso de Gestión y su relación con la mortalidad infantil.</p>	<p>Relación de los criterios de calidad con la mortalidad infantil.</p>	<p>Objetivos e indicadores del Compromiso de Gestión que se relacionan con el abordaje de la atención integral de los niños menores de un año y de la mujer embarazada, cuyo propósito es mejorar su calidad de vida.</p>	<p>Correspondencia o conexión entre los criterios de calidad con la mortalidad infantil.</p>	<p>Porcentaje de niños menores de un año que han sido atendidos por primera vez en el año.</p> <p>Porcentaje de mujeres embarazadas que han sido atendidas por primera vez en el control prenatal.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de los criterios de calidad en cada sub-programa de atención integral.</p>	<p>Revisión documental de las evaluaciones del Compromiso de Gestión, específicamente de los subprogramas de atención integral a la embarazada y al niño menor de un año.</p> <p>Cuestionario aplicado a los médicos de las Área de Salud.</p> <p>Informe anual de la Comisión Local de Mortalidad Infantil.</p>
--	---	---	--	---	--

<p>2- Analizar comparativamente la cobertura total de atención integral de la mujer embarazada con la cobertura con criterios de calidad, lograda en cada Área de Salud, pactadas en el Compromiso de Gestión, durante el período de estudio.</p>	<p>Criterios de calidad según cobertura total de atención integral de la mujer embarazada.</p>	<p>Acción de brindar atención integral de primera vez con criterios de calidad.</p>	<p>Población de mujeres embarazadas de cada una de las Áreas de Salud en estudio.</p> <p>Coberturas totales vs. Coberturas con calidad logradas en la atención de las mujeres embarazadas en cada una de las Áreas de Salud en estudio.</p>	<p>Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por primera vez en el periodo de embarazo.</p> <p>Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas con criterios de calidad en el periodo de embarazo.</p>	<p>Revisión documental de los informes anuales de evaluación del compromiso de gestión.</p>
---	--	---	---	--	---

<p>3- Analizar comparativamente la cobertura total de atención integral del niño menor de un año con la cobertura con criterios de calidad, lograda en cada Área de Salud, pactadas en el Compromiso de Gestión, durante el período de estudio.</p>	<p>Criterios de calidad según cobertura total de atención integral del niño menor de un año.</p>	<p>Acción de brindar atención integral de primera vez con criterios de calidad.</p>	<p>Población de niños menores de un año de cada una de las Áreas de Salud en estudio.</p> <p>Coberturas totales vs. Coberturas con calidad logradas en la atención de niños menores de un año, en cada una de las Áreas de Salud en estudio</p>	<p>Porcentaje de niños menores de un año atendidos de primera vez en el año, antes de los 11 meses 29 días de edad.</p> <p>Porcentaje de niños menores de un año atendidos con criterios de calidad, antes de los 11 meses 29 días de edad.</p> <p>Porcentaje de casos de mortalidad infantil analizados por las Comisiones Locales de Análisis.</p>	<p>Revisión documental de los informes anuales de evaluación del Compromiso de Gestión.</p>
<p>4- Determinar el comportamiento de las tasas de mortalidad</p>	<p>Tasa de mortalidad infantil y su relación con los</p>	<p>Total de casos de defunciones en niños menores de un</p>	<p>Población de niños menores de un año de edad, de cada</p>	<p>48</p> <p>Variaciones que presentan las tasas de mortalidad</p>	<p>Revisión documental de: Informe de la Comisión Local</p>

3.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN EN TECNICAS DE RECOLECCION

1. Análisis documental de diferentes fuentes de información, tales como:

- a. Evaluaciones de los Compromisos de Gestión realizadas por la Dirección de Compra de Servicios de Salud, en cada una de las Áreas de Salud involucradas en el estudio, los cuales consideramos documentos confiables y de validez por el tipo de fuente de donde provienen.
- b. Informes Estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- c. Informes de los análisis de casos de mortalidad infantil realizados por las Comisiones Locales de Análisis de Mortalidad Infantil de cada una de las Áreas de Salud.

2. Encuesta mediante aplicación de un cuestionario a 25 médicos de las Áreas de Salud en estudio. (Anexo #2).

AREA DE SALUD	NUMERO DE MEDICOS
CHACARITA	11
NARANJO	9
ABANGARES	5

3.8 POSIBLES LIMITACIONES

- Al estar evaluando informes de comisiones y datos estadísticos de años anteriores, podrían no estar disponibles en el momento oportuno; lo cual, genera una limitante para la recopilación de la información.
- Dadas las funciones que desempeñan los investigadores, puede existir una limitante en el tiempo para dedicarse a la misma.

3.9 PROCEDIMIENTOS PARA ORDENAR, TABULAR Y ANALIZAR

INFORMACIÓN.

Los instrumentos de recolección utilizados son: hoja electrónica de Excel, hojas de coteo y procesador de texto de Word, por ser más sencillos, ágiles y fácilmente accesibles.

La información fue tabulada en forma electrónica. Se tomarán como base los siguientes documentos:

1. Compromiso de Gestión y Ficha Técnica suscrito por la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social; específicamente el programa de atención integral de la mujer embarazada, atención integral del niño menor de un año. Se compara la información con el indicador de análisis de mortalidad infantil de los años 2000, 2001, 2002 en las Áreas de Salud en estudio.
2. Resultados de evaluación anual de Compromiso de Gestión, emitidos por la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, en los años 2000, 2001 y 2002.
3. Boletín Anual Mortalidad Infantil y Evolución Reciente año 2003, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
4. Encuesta aplicada a los médicos que laboran en las Áreas de Salud en estudio.
5. Informe Anual e Instrumentos de análisis de mortalidad infantil utilizado por las Comisiones Locales de Análisis de Mortalidad Infantil de las Áreas de Salud en estudio de los años 2000, 2001, 2002.
6. Informes estadísticos de las Áreas de Salud (anuarios y boletines mensuales).

La información se presenta con coherencia metodológica y teórica, siendo procesada mediante equipos informáticos y presentada utilizando gráficos,

diagramas, cuadros y tablas.

3.10 CRONOGRAMA

Fase	Actividad	Fechas de cumplimiento
I Fase Exploratoria	Elaboración y aprobación de protocolo.	24 junio al 16 de agosto 2003.
II Fase	Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos.	30 de setiembre 2003.
III Fase	Recolección de información.	2 de febrero 2004.
IV Fase	Tabulación y análisis de la información.	15 de febrero 2004.
V Fase	Elaboración del informe final.	15 de marzo 2004.

CAPITULO IV
ANALISIS DE INFORMACION

La información que se presenta a continuación se agrupa según los objetivos planteados. Se obtiene del análisis de los datos correspondiente a las Áreas de Salud de interés: Abangares, Chacarita y Naranjo.

4.1 RELACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN CON LA MORTALIDAD INFANTIL

En el Compromiso de Gestión encontramos los subprogramas de atención integral del niño(a) menor de un año y la atención integral de la mujer embarazada con criterios de calidad; los cuales, se detallan a continuación según su pertinencia y su relación con las tasas de mortalidad infantil:

4.1.1 CONTROL PRENATAL

Consiste en un conjunto de actividades que se realizan en la paciente embarazada, con el fin de obtener el mejor grado de salud de la mujer y de su hijo.

1-Captación temprana: El Control prenatal deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando que sea durante el primer trimestre de gestación, antes de las 13 semanas. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control. Además, permite la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso, en cuanto a las características de la atención obstétrica. Por lo tanto, es un indicador que tiene relación directa con la mortalidad infantil.

2-Concentración: Los controles deberán repetirse con una frecuencia y oportunidad que varíaran según el grado de riesgo del embarazo. Debe considerarse que el mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo debe ser de cinco controles. Debe garantizarse el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la embarazada y de su hijo, que incluyan entre otros: Hoja del CLAP debidamente llena. El cumplimiento de

este rubro tiene relación directa con la mortalidad infantil; ya que, nos permite detectar a tiempo situaciones de riesgo que podrían incidir en el desarrollo del producto y aumentar la mortalidad materno-infantil.

3-Identificación y clasificación del riesgo: Es necesaria la fijación de un criterio discriminador entre el alto y el bajo riesgo; así como, la referencia y contrarreferencia. Esa diferencia establece un gradiente de necesidades y de cuidados, que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo de presentar el daño, hasta un máximo necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteraciones de salud en el futuro. Identificar el riesgo por lo tanto se considera que favorece la disminución de la mortalidad infantil, al identificar signos de alarma que pudiesen provocar un desenlace mortal y obligar a los equipos de salud a tomar las medidas necesarias para evitarlos.

4-Indicación y valoración del V.D.R.L.: disminuye el riesgo de contagio por sífilis, malformaciones subsecuentes y muerte perinatal por el desarrollo de esta enfermedad; por lo que es un indicador que incide directamente con el índice de mortalidad infantil.

5-Orina: Detectar bacteriuria y leucocituria asintomática, descartar proteinuria, glucosuria, y cuerpos cetónicos en la orina. Identificar y tratar las infecciones del tracto urinario. El examen rutinario de orina también tiene relación con la prevención de la mortalidad infantil, al detectarse diferentes tipos de patologías que podrían complicar un embarazo, como por ejemplo: las infecciones urinarias, pre-eclampsia, diabetes mellitus.

6-Aplicación de DT: Prevenir el tétanos neonatal y puerperal tiene relación con la mortalidad infantil.

7-Prescripción de hierro y ácido fólico: Prevenir la anemia materna y del producto. También, es un factor que disminuye las malformaciones congénitas del tubo neural y por consiguiente disminuye la mortalidad infantil.

4.1.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

1. Captación temprana: Consiste en la atención del recién nacido antes de los 8 días, cumpliendo con las acciones de verificación del tamizaje neonatal entre los 4 y 8 días de nacido, valoración del desarrollo, interpretación del estado nutricional, valoración de riesgo y educación, vacunación. La captación temprana nos ayuda a identificar signos de alarma de enfermedades que podrían provocar la muerte durante el primer año de vida.
2. Concentración: controles periódicos mínimos para garantizar un adecuado control del desarrollo de un niño (a) menor sin riesgo. No tiene un impacto relevante en la mortalidad infantil; pero, se recomienda para una adecuada vigilancia del sano crecimiento y desarrollo del niño
3. Valoración del desarrollo: Aplicación de la gráfica de EDIN, evaluar el desarrollo psicomotor del niño según su edad, establecido en las normas de atención. Este rubro no tiene una implicación importante en la mortalidad infantil.
4. Valoración del estado nutricional: Aplicación e interpretación de las gráficas de peso edad y peso talla. Aunque nos puede brindar señales de alarma sobre el estado de salud de un niño, no tiene relación importante con la mortalidad infantil.
5. Valoración del riesgo y su abordaje: consiste en valorar dos veces al año la existencia o no de riesgo para el niño, consignando los factores que lo generan que pueden ser biológicos, psicosociales, ambientales y de acceso a los servicios de salud. Este criterio sí es importante para el seguimiento adecuado de los casos de alto riesgo, que pudiesen provocar la muerte en el primer año de vida.
6. Prescripción de hierro: consiste en administrar hierro preventivo según norma. Si está lactando leche materna exclusiva hasta los 6 meses. Si no es exclusiva a los 4 meses. Si es prematuro al mes. Las anemias

pueden ser causa de muerte infantil, por lo tanto sí es un criterio recomendable.

7. Vacunación: Aplicar las vacunas correspondientes según norma y esquema de vacunación. La aplicación de vacunas como tal es en sí un criterio de disminución de la mortalidad infantil, ya que previene al infante de enfermedades que podrían causar su muerte como el tétanos, la viruela, tos ferina, influenza y hepatitis B.
8. Educación: Orientar a la madre sobre leche materna, signos de alarma y alimentación. La educación de la madre es un pilar importante ya que está demostrado que entre mayor educación menor enfermedad y mortalidad.

4.1.3 CRITERIOS DE MORTALIDAD INFANTIL

- 1 Análisis de la mortalidad infantil: se hace con base al instrumento de análisis de mortalidad infantil aplicado por las Comisiones Locales existentes en cada Área de Salud, describiendo las principales causas que pudieron contribuir a ocasionar el evento final.
- 2 Desarrollo de acciones correctivas: contiene las diferentes estrategias y recomendaciones emitidas por la Comisión Local de Análisis de Mortalidad Infantil para prevenir eventos similares.

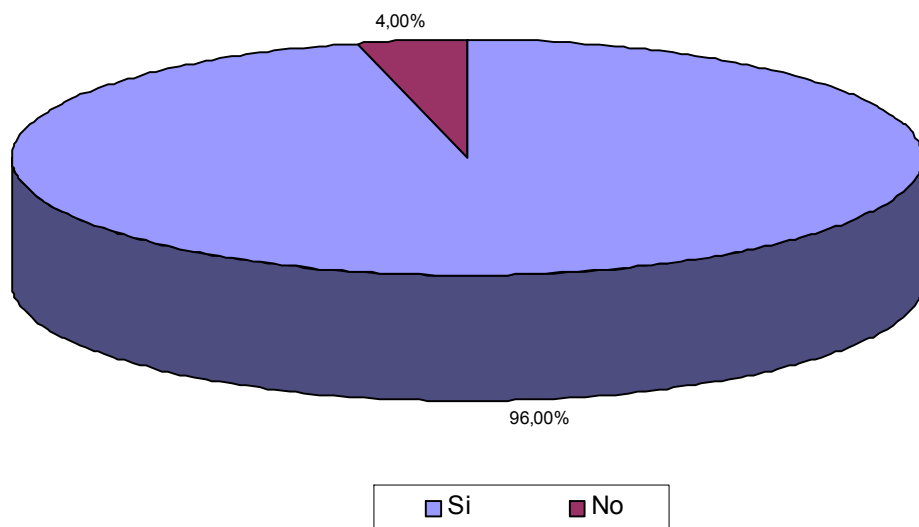
4.1.4 OPINIÓN DE MEDICOS DE LAS ÁREAS DE SALUD EN ESTUDIO SOBRE EL COMPROMISO DE GESTIÓN Y MORTALIDAD INFANTIL.

Interesó conocer la opinión del personal médico que labora en las Áreas de Salud de Abangares, Chacarita, Naranjo, respecto a la efectividad del Compromiso de Gestión para medir calidad, en los dos programas de nuestro interés: atención integral de la mujer embarazada y atención integral del niño

menor de un año. Lo anterior, por la experiencia que estos profesionales van desarrollando en la practica diaria y porque participan en el equipo que ejecuta las acciones para cumplir con los objetivos del Compromiso de Gestión.

GRAFICO # 1

Mejoramiento de la calidad de atencion integral en salud.

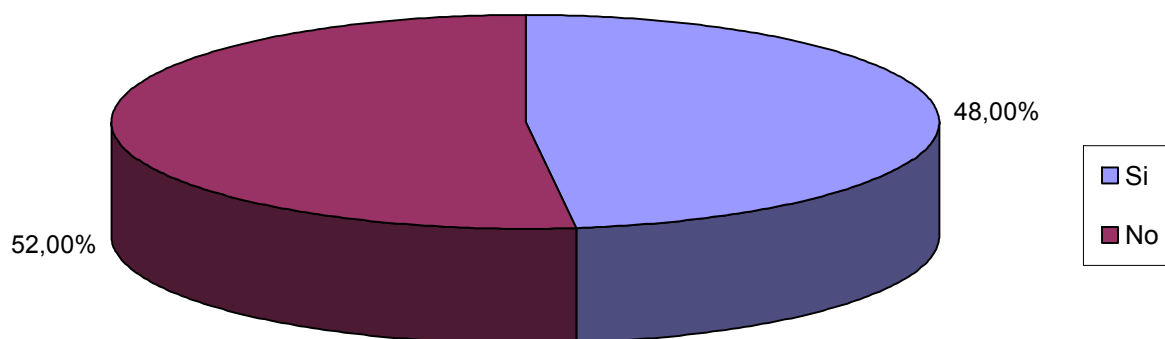


Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de las Áreas de Salud en estudio.

Un 96% de los médicos entrevistados, consideran que los Compromisos de Gestión han permitido mejorar la calidad de la atención integral en salud que se brinda en las Áreas de Salud en estudio. Esta percepción es bastante significativa; se puede afirmar que los médicos que han laborado con el Compromiso de Gestión, lo consideran como una herramienta efectiva para mejorar la calidad; siempre y cuando exista un “compromiso y cambio de actitud” de parte del personal de los EBAIS, para lograr buenos resultados no solo desde el punto de vista cuantitativo, si no también cualitativo.

GRAFICO # 2

Tiempo asignado para cumplimiento de criterios de calidad.



Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de las Áreas de Salud en estudio.

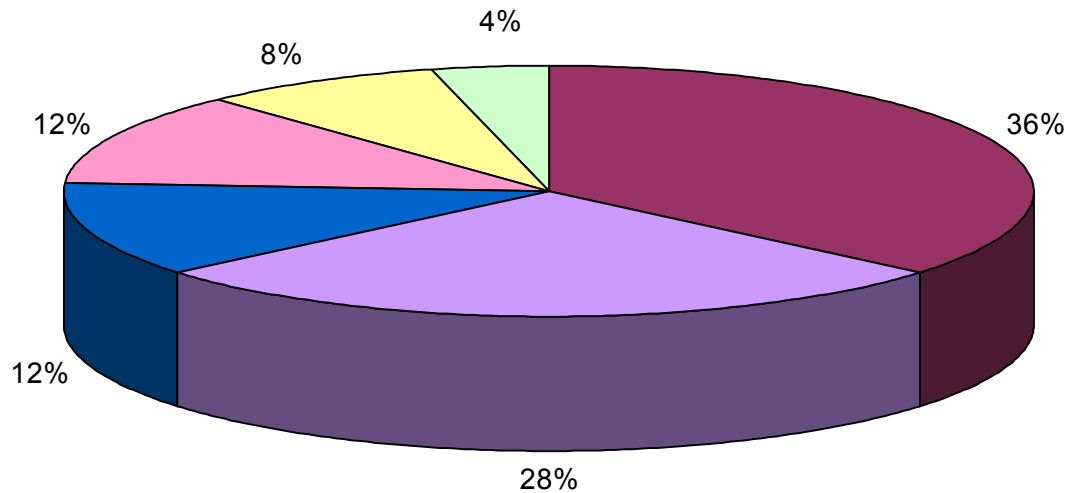
Aproximadamente la mitad de los médicos entrevistados, un 52%, opinan que el tiempo asignado para la consulta médica, no es suficiente para cumplir con los criterios de calidad de los sub-programas de atención integral del niño y de la mujer embarazada y, un 48% consideran que sí es suficiente.

Se puede inferir, que el no cumplimiento de los criterios de calidad no es por desconocimiento de los mismos, sino por que el tiempo asignado no es suficiente y que en alguna medida, puede desfavorecer la calidad en la atención; pero, es llamativo que un 48% de los médicos opinen que el tiempo si es suficiente; lo que genera incertidumbre y, se plantea dos cuestionamientos:

1. ¿Será que los médicos que consideran que el tiempo no es suficiente, sí están cumpliendo a conciencia con los criterios de calidad?, o
2. ¿Será que los médicos que consideran que el tiempo es suficiente no están cumpliendo a conciencia con los criterios de calidad?

GRAFICO # 3

Tiempo ideal para la atencion integral en salud.



■ 15 minutos ■ 25 minutos ■ 20 minutos ■ 30 minutos ■ No Especifica

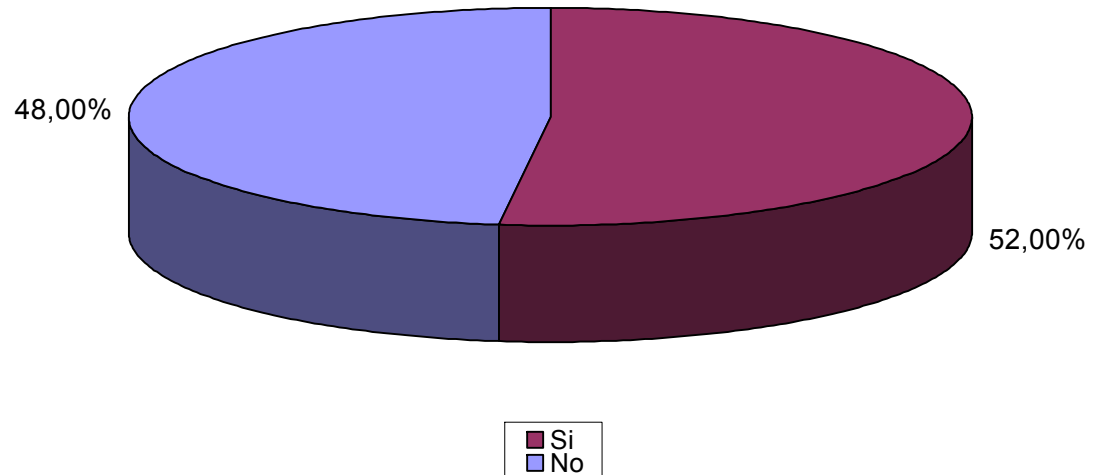
Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de las Áreas de Salud en estudio.

De los 25 médicos entrevistados, 9 médicos consideran que el tiempo ideal para la consulta médica es de 15 minutos por paciente y, 13 opinan que el tiempo para la consulta debe ser entre 20 a 30 minutos.

En ambos casos es un tiempo mayor al asignado actualmente; lo cual, podría significar que no se este dando calidad en la atención que se brinda, o que los médicos no estén cumpliendo con los criterios de calidad y únicamente hacen anotaciones en el expediente sin examinar al paciente.

GRAFICO # 4

Porcentaje de cumplimiento de los criterios de calidad.



Fuente: Cuestionario aplicado a médicos de las Áreas de Salud en estudio.

En el gráfico anterior, se observa que más de la mitad de los médicos, un 52%, consideran que el tiempo actual de 12 minutos por paciente, es suficiente para cumplir a conciencia con los criterios de calidad y anotarlos en el expediente; correspondiendo el mismo comentario realizado para el gráfico 2.

El cuestionario aplicado reveló, que el 100 % de los médicos entrevistados consideran que atender con calidad a la mujer embarazada y al niño menor de un año, permite disminuir la tasa de mortalidad infantil, porque:

1. Se establecen actividades que permiten mejorar la calidad en la atención del paciente, mediante el cumplimiento de los criterios de calidad del Compromiso de Gestión.
2. Se realiza un abordaje integral con enfoque de riesgo.
3. Se realiza un mejor control y seguimiento del paciente.

4.2 COBERTURA DE ATENCIÓN DEL NIÑO Y DE LA MUJER EMBARAZADA EN LAS ÁREAS DE ESTUDIO

En la siguiente información se compara los porcentajes de cobertura total y cobertura con calidad en la atención de niños menores de un año y de la mujer embarazada.

4.2.1 ANÁLISIS DE LAS COBERTURAS DE ATENCIÓN DEL NIÑO EN LAS ÁREAS DE ESTUDIO

CUADRO # 3

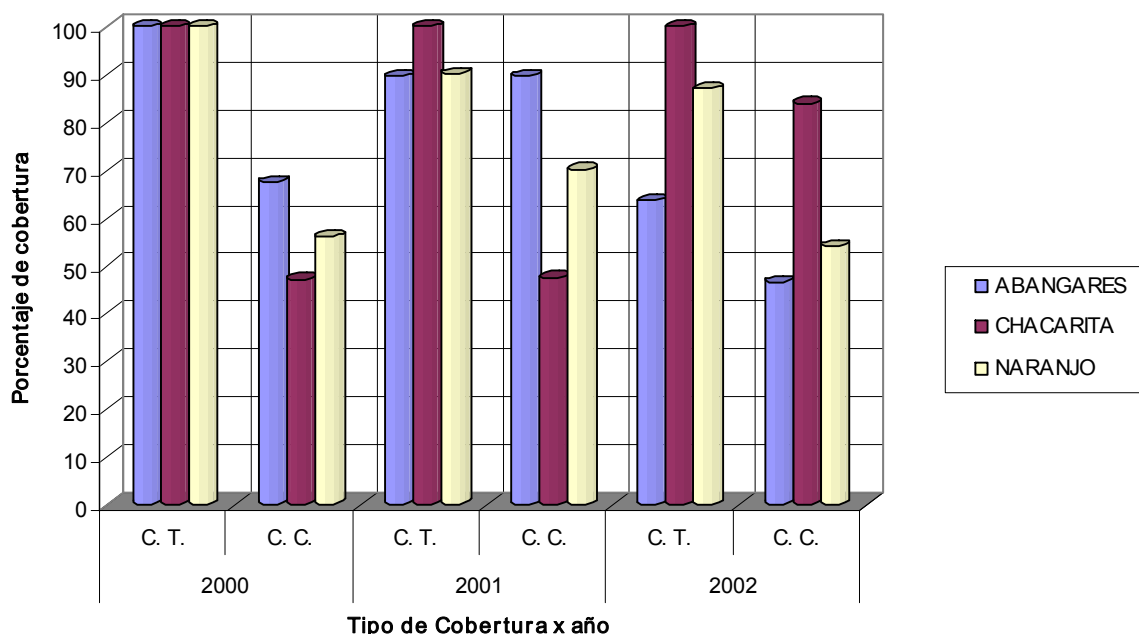
Cobertura de Atención Integral Niños menores de un año, en las Áreas de Salud de Abangares, Chacarita y Naranjo, período 2000 - 2002.

AREA DE SALUD	COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL					
	2000		2001		2002	
	Total	Con Calidad	Total	Con Calidad	Total	Con Calidad
ABANGARES	100%	67.4%	89 %	89.6%	63.6%	46.5%
CHACARITA	100%	47.2%	90%	47.4%	87%	84%
NARANJO	100%	56.0%	100%	70%	100%	54%

Fuente: Evaluación Anual Compromiso Gestión. Dirección Compra de Servicios, CCSS.

GRAFICO # 5

Cobertura total y Cobertura con calidad en Niños menores de 1 año, en las Áreas de Salud Abangares, Chacarita y Naranjo, período 2000 - 2002.



Fuente: Evaluaciones Compromiso de Gestión.

Si se hace un análisis comparativo, en el año 2000, las tres Áreas de Salud cumplieron con la cobertura pactada en la atención de niños menores de un año; sin embargo, no se logró una misma cobertura con calidad; lo cual, puede incidir directamente en la mortalidad infantil. En este año, la tasa de mortalidad infantil en el Área de Salud de Abangares fue de 17 por mil nacidos vivos, mayor a la Nacional; el Área de Salud de Chacarita y Naranjo, se mantuvieron por debajo de la Nacional que fue de 10.21 por mil nacidos vivos.

Para el año 2001, las Áreas de Salud de Abangares y Naranjo lograron un porcentaje alto en la cobertura con calidad, mayores del 70%. El Área de Salud de Chacarita obtuvo un porcentaje similar al año 2000; pero, disminuyó levemente la

cobertura total. Para este mismo año, los casos de mortalidad infantil aumentaron en las Áreas de Salud de Abangares y Chacarita, tuvieron tasas de mortalidad infantil 22 y 19.6 por mil nacidos vivos respectivamente; mayor a la Nacional que fue de 10.82. El Área de Salud de Naranjo, tuvo una tasa de 8.3 por mil nacidos vivos.

De acuerdo a los datos, para el año 2002 el Área de Salud de Abangares disminuye significativamente tanto la cobertura total como la cobertura con calidad, mientras que en el Área de Salud de Chacarita mejora notablemente la cobertura con calidad. En el Área de Salud de Naranjo, la cobertura con calidad disminuye de forma importante en relación al año 2001. A pesar de este comportamiento, sólo el Área de Salud de Chacarita supera levemente la tasa de mortalidad nacional.

La cobertura con calidad oscila entre el 46.5% y el 89.6%. Este es un aspecto al cual debe darse atención; pues algunas de las cifras están por debajo de lo esperado: lo que incide directamente en el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil.

4.2.2 ANÁLISIS DE LAS COBERTURAS DE ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA EN LAS ÁREAS DE ESTUDIO.

CUADRO # 4

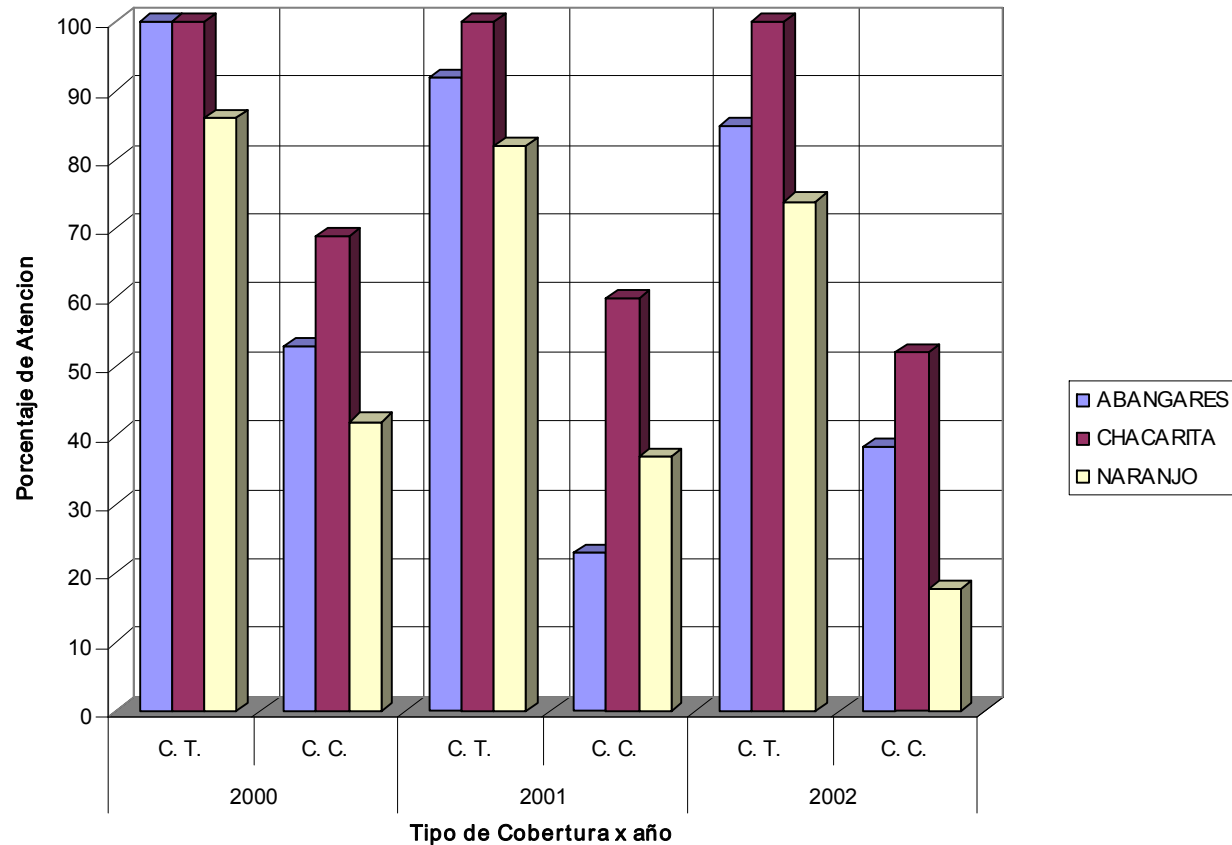
**Cobertura de Atención Integral Prenatal
Área de Salud de Abangares, Chacarita y Naranjo, período 2000 - 2002.**

AREA DE SALUD	COBERTURA ATENCIÓN PRENATAL					
	2000		2001		2002	
	Total	Con Calidad	Total	Con Calidad	Total	Con Calidad
ABANGARES	100%	53%	92%	23 %	85%	38.3%
CHACARITA	100%	69%	100%	60%	100%	52%
NARANJO	86%	42%	82%	37%	74%	17.80%

Fuente: Evaluación Anual Compromiso Gestión. Dirección Compra de Servicios, CCSS

GRAFICO # 6

Comparativo Cobertura Total y Cobertura con Calidad en el Sub Programa Atención Prenatal, Areas de Salud Abangares, Chacarita y Naranjo, periodo 2000 - 2002.



Fuente: Cuadro # 4.

En el año 2000, el Área de Salud de Naranjo no alcanzó el 100% de la cobertura prenatal; se observa que la cobertura con calidad fue baja en las tres Áreas de Salud.

En el año 2001, la cobertura total fue mayor al 80%; pero, la cobertura con calidad disminuyó significativamente en el Área de Salud de Abangares en relación al año anterior; teniendo un comportamiento en promedio bajo para las tres Áreas de Salud.

Se puede observar que en el año 2002, hubo un descenso en la cobertura total en las Áreas de Salud de Abangares y Naranjo; sólo Chacarita mantiene

coberturas totales del 100% durante los tres años. En cuanto a las coberturas con calidad bajaron en las tres Áreas de Salud, en relación a los años anteriores.

Desde el punto de vista gerencial, es necesario atender el aspecto de la calidad de la atención prenatal, por cuanto sería garantía de una adecuada evolución del binomio madre / niño(a) durante el periodo de gestación y refleja a la vez, las estrategias de prevención para mejorar los indicadores de mortalidad infantil.

CUADRO # 5

INFORMACION ESTADISTICA, AREA DE SALUD DE ABANGARES, CHACARITA Y NARANJO:

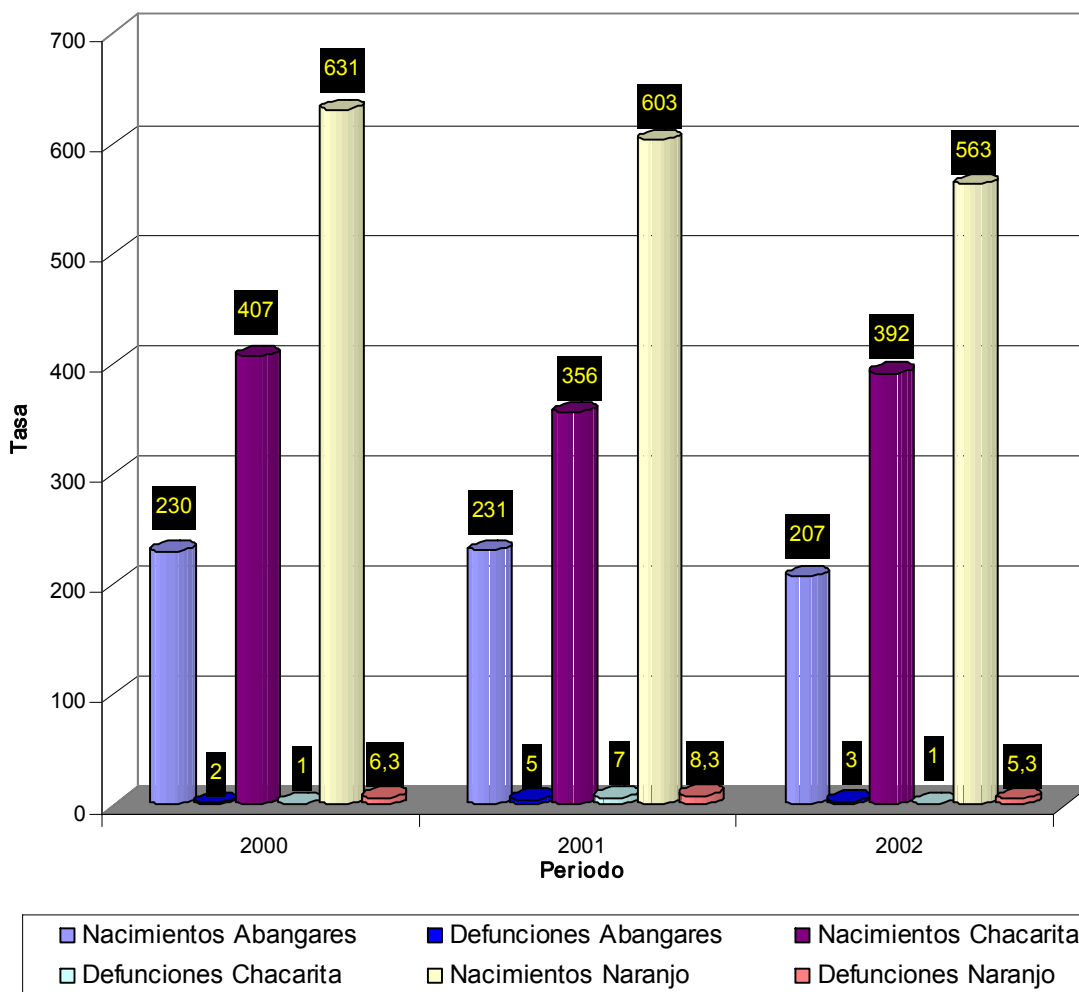
Según nacimientos, defunciones menores de 1 año, índice de mortalidad infantil local, regional y nacional.
Período 2000 - 2002.

AÑO	No NACIMIENTOS			No DEFUNCIONES MENORES 1 AÑO			INDICE DE MORTALIDAD INFANTIL			INDICE REGIONAL			INDICE NACIONAL
	CH	A	NA	CH	A	N	CH	A	N	PC	CH	CS	
2000	407	230	631	1	2	3	2.2	17	6.3	9.17	9.6	8.56	10.21
2001	356	231	603	7	5	5	19.6	22	8.3	11.63	9.9	9.19	10.82
2002	392	207	563	1	3	3	2.5	14	5.3	10.39	11.2	9.45	11.15
Total	1155	668	1797	9	10	11	7.79	14.97	6.12				

Fuente: Informe Boletín Estadístico, Áreas de Salud en estudio.

GRAFICO # 7

Comparativo de Nacimientos y Defunciones
Áreas de Salud Abangares, Chacarita, Naranjo,
periodo 2000- 2002.



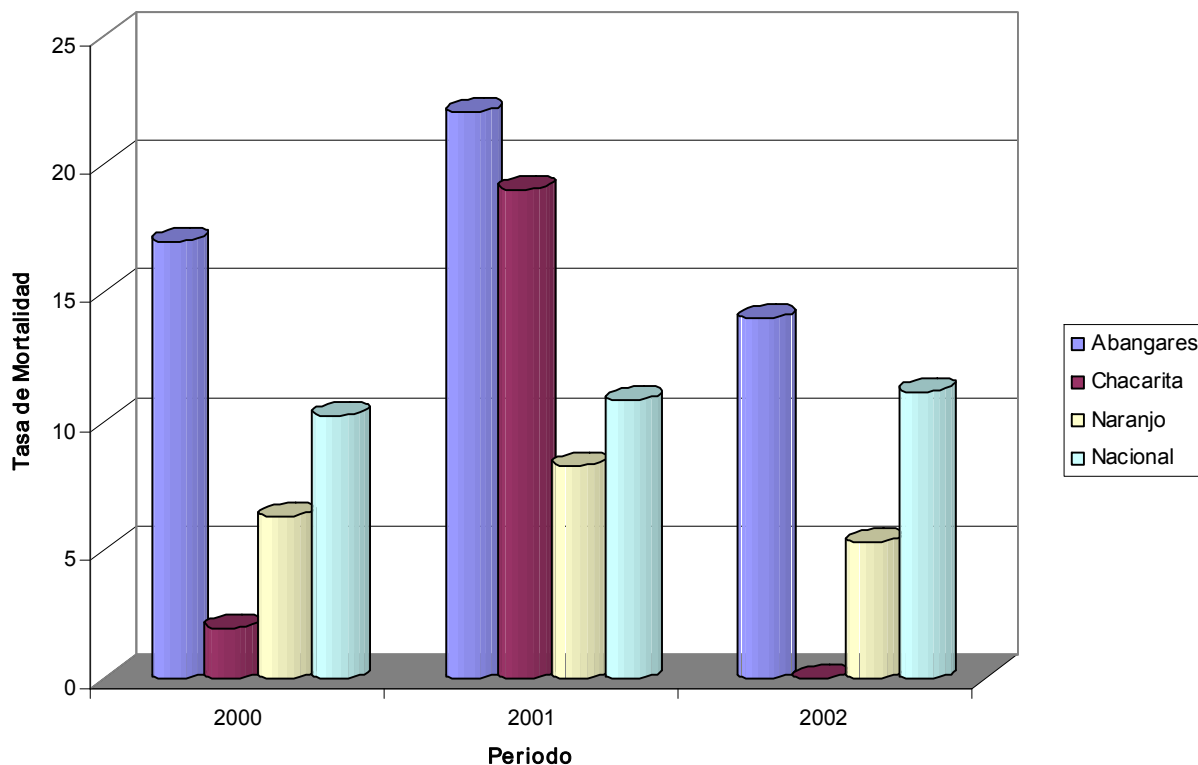
Fuente: Cuadro # 5.

En el Área de Salud de Abangares, durante el período de estudio, la tasa de mortalidad infantil fue mayor que en las otras Áreas de Salud; también, se observa una diferencia importante en cuanto a la tasa de natalidad.

El Área de Salud de Abangares, llegó a tener una tasa de mortalidad infantil del 17 por mil nacidos vivos, por encima de la nacional que era de 10.21 por mil nacidos vivos. Este comportamiento obliga a recomendar realizar un análisis de los factores que están incidiendo y buscar estrategias de solución; además, se debe tener en consideración el factor multicausal que explica el proceso de salud - enfermedad. (Ver cuadro # 5).

GRAFICO # 8

Tasa de Mortalidad Infantil de las Areas de Salud Abangares, Chacarita y Naranjo vrs. Tasa Nacional, período 2000- 2002.



Fuente: Cuadro # 5.

El Área de Salud de Abangares, durante los tres años de estudio ha tenido de una tasa de mortalidad infantil mayor a la nacional. En el año 2001, el Área de Salud de Chacarita tiene un aumento en la tasa de mortalidad infantil. Naranjo mantiene durante los tres años una tasa inferior a la nacional.

Al realizar el análisis comparativo de la tasa de mortalidad infantil, se concluye que probablemente existen otras particularidades propias de cada Área de Salud, que favorecen un incremento en los casos de mortalidad infantil; así como sub-registros en cuanto a la información estadística en cada Área de Salud.

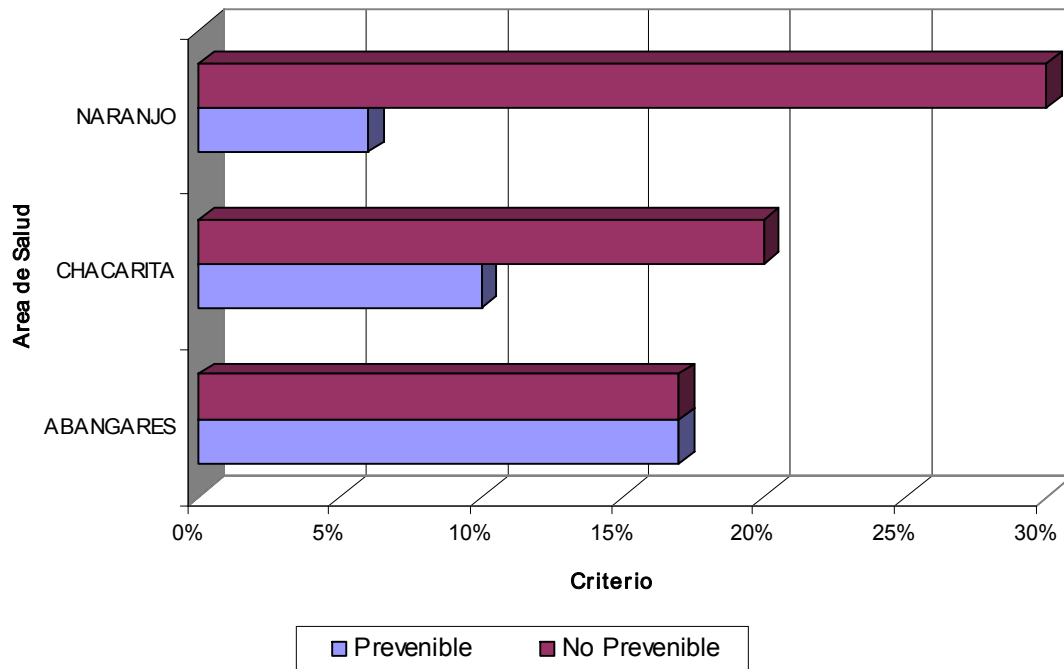
4.3 COMPORTAMIENTO DE LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD INFANTIL

Para analizar el comportamiento de los índices de mortalidad infantil, se tomará como base los casos analizados por las Comisiones Locales durante el período 2000 - 2002. (Ver Anexo 1).

En este apartado se analizan algunos factores relacionados con la mortalidad infantil; entre ellos, la prevenibilidad, edad de la madre y causa de muerte; factores que reflejan riesgo y calidad de atención.

GRAFICO # 9

Mortalidad Infantil, según criterio de prevenibilidad, Áreas de Salud de Abangares, Chacarita y Naranjo, período 2000 - 2002.



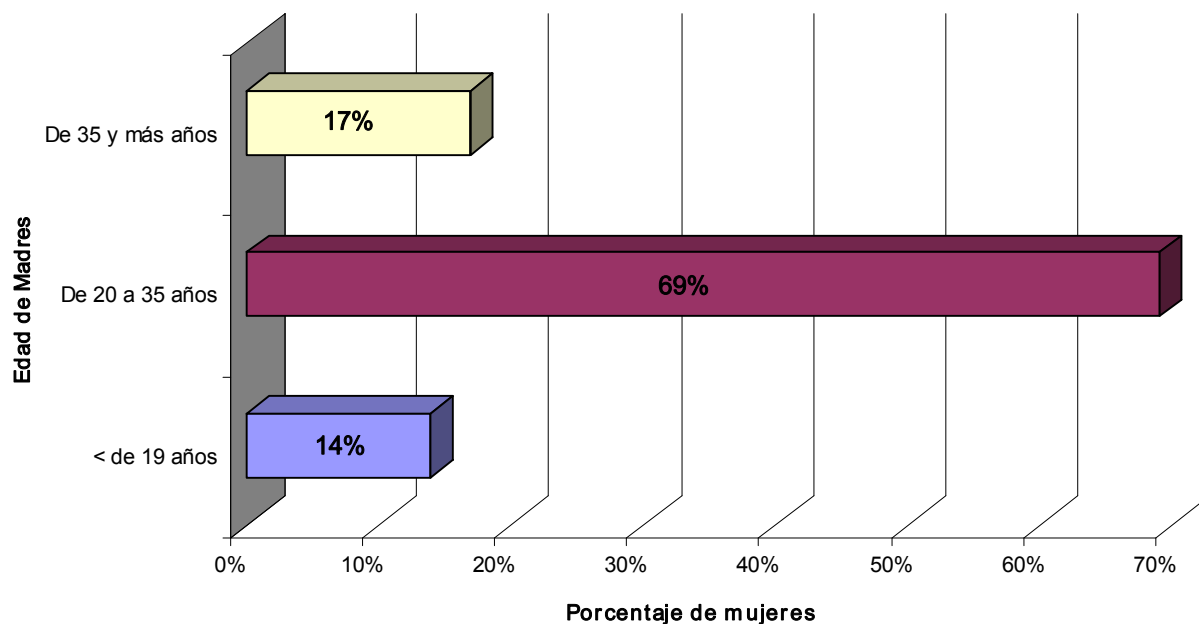
Fuente: Cuadro # 6, 7 y 8.

Como pueden observarse en el gráfico, un 67% de los casos eran no prevenible por su patología y un 33% prevenible; en estos casos, el fallecimiento de los niños se debió a complicaciones de un proceso infeccioso o respiratorio.

Se considera alto el porcentaje de casos prevenibles; lo cual, tiene relación con las bajas coberturas con calidad logradas en las Áreas de Salud en estudio.

GRAFICO # 10

Edad de madres de niños fallecidos menores de 1 año
Áreas de Salud Abangares, Chacarita y Naranjo,
período 2000 - 2002

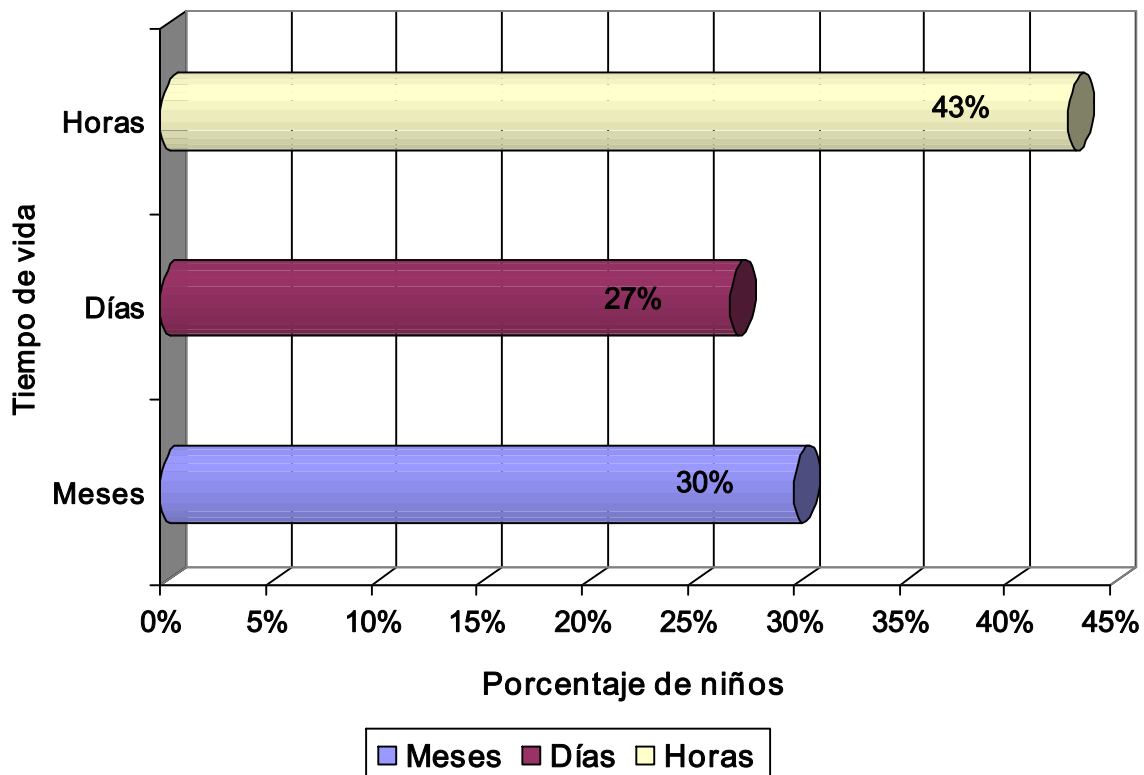


Fuente: Cuadro # 6,7 y 8.

El gráfico anterior, ilustra que la mayoría de los casos de mortalidad infantil, eran hijos de madres con edades comprendidas entre los 20 y 34 años. Es importante mencionar, que en un menor porcentaje los casos eran hijos de madres con edades consideradas de riesgo, como lo son las adolescentes y mujeres mayores de 35 años; factor que no incidió en la tasa de mortalidad infantil; también, se puede concluir la falta de cumplimiento de los criterios de calidad en los sub-programas de interés, como un factor causal del aumento de la tasa de mortalidad infantil.

GRAFICO # 11

Niños menores de 1 año fallecidos, según tiempo de vida
Área de Salud Abangares, Chacarita y Naranjo,
período 2000 – 2002.



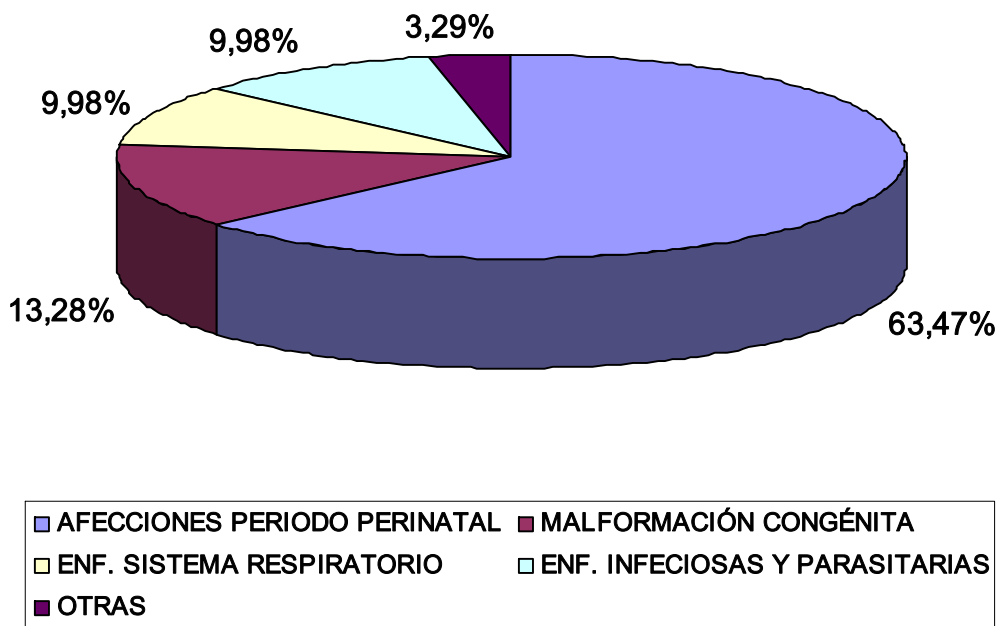
Fuente: Cuadro # 6, 7 y 8.

En cuanto al tiempo de vida de los niños fallecidos, el mayor porcentaje de casos acontecieron en las primeras horas, estando asociadas a patología congénita e inmadurez fetal. Con un porcentaje similar, los restantes casos se dieron en los primeros treinta días y primeros meses de vida.

Los diagnósticos más frecuentes como causa de fallecimiento en niños menores de un año están: las afecciones del periodo perinatal, la malformación congénita, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias, tal y como se demuestra en el gráfico siguiente.

GRÁFICO # 12

Diagnósticos más frecuentes de causa de fallecimiento en niños menores de un año, Área de Salud Abangares, Chacarita y Naranjo, periodo 2000 - 2002.



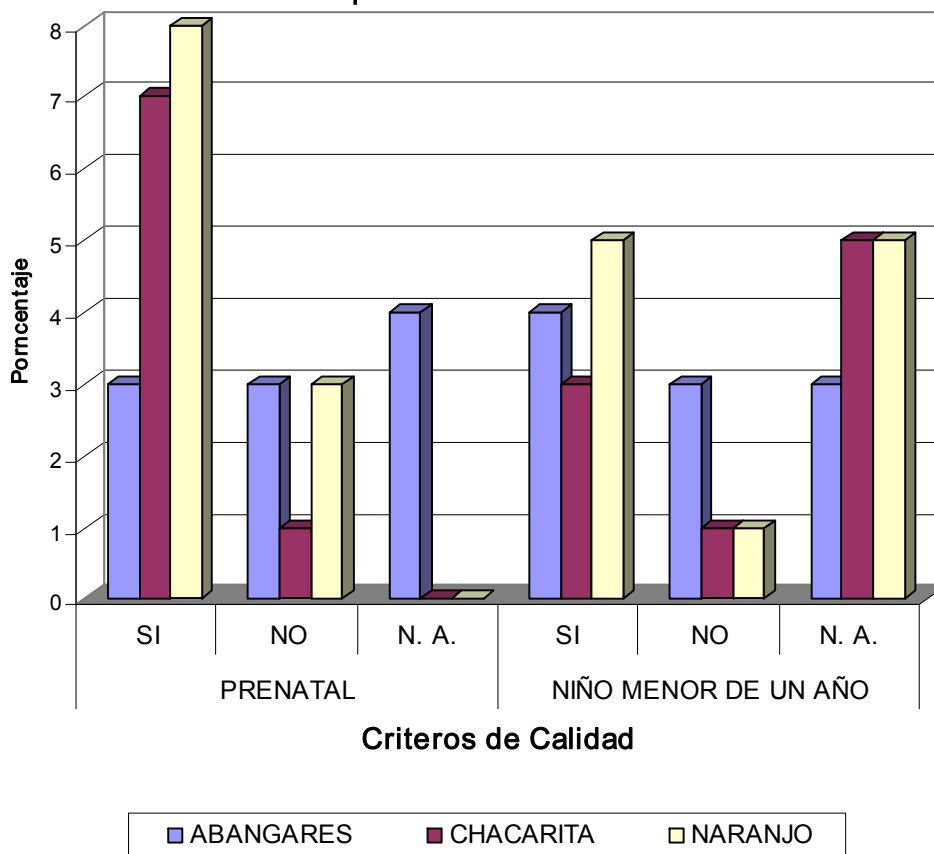
Fuente: Cuadro # 6, 7 y 8.

En las Áreas de Salud en estudio, las malformaciones congénitas son la principal causa de muerte en niños menores de un año, para un 63.47%, seguido de las enfermedades del período perinatal. Por lo anterior, se concluye que en un porcentaje alto, los casos de mortalidad infantil no fueron prevenibles, dada la complejidad de sus padecimientos.

En la revisión de expedientes de casos de niños fallecidos en las tres Áreas de Salud, durante el período 2000-2002, se encuentra la siguiente información:

GRÁFICO # 13

Porcentaje de cumplimiento de criterios de calidad, en los casos de mortalidad infantil analizados por la Comisión Local, Areas de Salud Abangares, Chacarita y Naranjo, período 2000 - 2002.



Fuente: Cuadro 6, 7 y 8.

El gráfico anterior, demuestra que en las tres Áreas de Salud, en promedio se cumple con un 62% de aplicación de los criterios de calidad en atención prenatal y con un 40% en la atención de niños menores de un año. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de los niños fallecieron en las primeras horas de vida, por lo que se deduce, que las muertes están asociadas más a las patologías congénitas que a la calidad de la atención.

Si bien, el Compromiso de Gestión tiene objetivo mejorar la calidad de la prestación de los servicios en salud, los porcentajes alcanzados en las coberturas de atención prenatal y de niños menores de un año con criterios de calidad, durante el período de estudio, no son satisfactorias.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Con el estudio realizado en las Áreas de Salud Abangares, Chacarita, Naranjo, se lograron alcanzar los objetivos planteados en la investigación; la cual, busca demostrar la relación existente entre el cumplimiento de los criterios de calidad de los sub-programas de atención en salud, pactados en el Compromiso de Gestión y el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil.

1. Los Compromisos de Gestión, han permitido estandarizar los sub-programas de atención prenatal y atención integral del niño; lo cual ha contribuido a ordenar sistemáticamente la consulta médica. Los criterios de calidad de los sub-programas de atención integral del niño y la mujer embarazada, incluidos en el Compromiso de Gestión, han mejorado la calidad en la atención, ya que al tener que cumplir con estos, se obliga a un abordaje con mayor integralidad en la prestación del servicio, identificando factores de riesgo y otras actividades a cumplir, garantizando una buena atención y evolución del embarazo y atención del niño.
2. La mayoría de los médicos encuestados opinan que se debe disminuir el número de pacientes a atender por hora, para cumplir con los criterios de calidad en cada sub-programa de atención.
3. De acuerdo con los médicos encuestados en las tres Áreas de Salud, hay un consenso en que el Compromiso de Gestión ha mejorado la calidad de atención integral de la embarazada y del niño menor de un año y a su vez; ha logrado una disminución en la tasa de mortalidad infantil; sin embargo las coberturas con calidad deben mejorar.
4. Con los Compromisos de Gestión se han logrado buenas coberturas totales en el sub-programa de atención del niño en las Áreas de Salud en estudio; no así en las coberturas con calidad; lo cual, podría deberse: 1- A la necesidad de disminuir el número de pacientes por hora, como lo manifiesta los médicos encuestados. 2- Anotación excesiva de datos en el

expediente. 3- Resistencia al cambio. 4- Rotación de personal. 5- Falta de recurso humano. La falta de cumplimiento de los criterios de calidad, incide directamente en la mortalidad infantil.

5. Las coberturas con calidad en la atención prenatal no han tenido un comportamiento constante o ascendente; lo cual, es un factor condicionante para el aumento en la tasa de mortalidad infantil; sin embargo, el estudio demuestra, que pese a este comportamiento de las coberturas, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido; lo cual, puede verse favorecido por las coberturas totales obtenidas en la atención prenatal.
6. Se puede observar que en el periodo 2000 – 2002, en promedio hubo una buena asistencia de mujeres embarazadas a los servicio de salud, esto lo reflejan las coberturas totales; sin embargo, con un bajo cumplimiento de los criterios de calidad en un grupo tan importante, que es determinante en los índices de mortalidad infantil; como se puede rescatar de los resultados de la cobertura con calidad en las tres Áreas de Salud en estudio.
7. En un análisis comparativo de las tres Áreas de Salud en estudio, se cumplió con la atención de los niños menores de un año esperados para el periodo 2000-2002 de acuerdo a su población; sin embargo, no se le dió atención integral con calidad a una cantidad importante de la misma; lo cual, es factor que incide directamente en la mortalidad infantil.
8. El comportamiento de las tasas de mortalidad infantil de Naranjo en los años de estudio, han sido inferiores a la nacional; igualmente en los años 2000 y 2002 en Chacarita; más no así en Abangares, que ha mantenido valores superiores durante los tres años y Chacarita en el 2001. De lo anterior se deduce, que existen otros factores que inciden en la mortalidad infantil como son: accesibilidad y la dispersión poblacional entre otros y, que no son contemplados en los criterios de calidad establecidos en el Compromiso de Gestión.
9. En las tres Áreas de Salud en estudio, el 67% de los casos de mortalidad

infantil no eran prevenibles y el 33 % prevenibles; lo cual indica, que se deben implementar estrategias y desarrollar más esfuerzos en educación a la madre y al entorno familiar, en accesibilidad y salud ambiental; los cuales, deben ser abordados por los equipos de salud.

10. Según el enfoque de riesgo, la edad de las madres no es un factor que incidiera en los casos de mortalidad infantil; ya que la mayoría de las muertes ocurrieron en hijos de madres con edades comprendidas entre 20 y 35 años; por lo tanto, se concluye que independientemente de la edad de la madre, se debe prestar la debida calidad de atención.
11. El 65.5 % de las causas de mortalidad infantil en las Áreas de Salud en estudio, son las afecciones del período perinatal, teniendo un comportamiento similar a las causas nacionales, indicadas en el Análisis Sectorial de Salud de Costa Rica, 2002.
12. La conformación de las Comisiones Locales de Análisis de Mortalidad Infantil, han propiciado una investigación y análisis más exhaustivo del proceso de embarazo y de la atención del niño fallecido; que anteriormente los equipos no realizaban en el primer Nivel de Atención; lo que ha permitido a los equipos locales y regionales la toma de decisiones para corregir las debilidades encontradas y definir las estrategias a seguir.
13. El estudio demostró que en las primeras horas de vida se da el mayor porcentaje de muertes, siendo muy similar las causas de mortalidad infantil a las nacionales; lo cual significa, que debemos intervenir con mayor fuerza en los determinantes neonatales para reducir la tasa de mortalidad.
14. Durante el periodo de estudio, en las tres Áreas de Salud, hubo un total de 29 casos de mortalidad infantil, en los cuales, en la atención prenatal se cumplieron en 17 de los casos analizados y, en cuanto a los criterios de atención del niño se cumplieron en 12 de los casos.
15. De los casos de mortalidad infantil analizados, se mencionan varios factores que son competencia del segundo y tercer Nivel de Atención, que

intervienen en el análisis de la prevenibilidad de la muerte; por lo cual, se deben tomar las acciones correspondientes para minimizar las causas y por ende, los casos de mortalidad infantil prevenibles; los cuales, corresponden a un 33%.

16. El comportamiento de la mortalidad obedece no solo a un único componente, como es la prestación de servicio de salud; si no también, a factores económicos, sociales, culturales, religiosos que involucran la accesibilidad a los servicios en salud (carreteras, transporte, población dispersa), condiciones de vida, pobreza, violencia intrafamiliar, accidentes, etc.
17. Los factores económicos, sociales y culturales analizados en los casos de mortalidad infantil por parte de la Comisión Local; son determinantes en el desenlace de los casos.
18. Se debe mejorar los mecanismos de recopilación y registro de la información estadística; así como, la coordinación y envío de la información sobre los casos de mortalidad infantil del segundo y tercer Nivel de Atención al primer Nivel.
19. La edad de las madres, específicamente en el grupo de adolescentes y mayores de 35 años; no fue un factor determinante como factor de riesgo en los casos de mortalidad infantil analizados.

5.2 RECOMENDACIONES

Las conclusiones obtenidas al finalizar el proyecto de investigación, permiten elaborar una serie de recomendaciones relacionadas con el mejoramiento organizacional y nivel resolutivo de las Área de estudio; aspecto básico para la prestación de servicios en salud con calidad y por ende, lograr cobertura satisfactorias en los sub-programas de atención en salud, mediante una efectiva coordinación entre Niveles de Atención Locales, Regionales y Nacionales.

1. Readecuar el tiempo de atención por paciente, que favorezca la integralidad en la atención, permitiendo la aplicación de los criterios de calidad con eficacia y eficiencia. **Gerencia Médica.**
2. Implementación del expediente electrónico que permita mayor agilidad en la consulta integral de los diferentes subprogramas y a la vez, contribuir con la calidad de la misma. **Subgerencia de Tecnologías de Información.**
3. Fortalecer los controles internos mediante encuestas dirigidas a los usuarios para evaluar el cumplimiento de los criterios de calidad en los subprogramas. **Dirección Médica y Equipos de Apoyo de cada Área de Salud.**
4. Brindar mayor capacitación a las Comisiones de Mortalidad Infantil sobre los criterios que definen la prevenibilidad, con el fin de evitar ambigüedades y uniformar estrategias de acción. **Comisión Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil.**
5. Fortalecer las Comisiones Locales de Mortalidad infantil por medio de la retroalimentación de la Comisión Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil, para verificar la calidad de los informes enviados en cada caso. **Comisión Nacional de Mortalidad infantil.**
6. Fortalecer el primer nivel de atención a través de la dotación de recurso material y humano, para mejorar la accesibilidad y oportunidad en la atención del niño y de la mujer embarazada mediante un enfoque

biopsicosocial, que permita cumplir con los criterios negociados en el Compromiso de Gestión y por ende, disminuir las tasas de mortalidad infantil. **Gerencia Médica.**

7. Mejorar la coordinación entre el primer, segundo y tercer nivel de atención que garantice la oportunidad de atención de la mujer embarazada y para fortalecer el análisis de prevenibilidad de la muerte infantil. **Gerencia Médica.**
8. Dar seguimiento a las recomendaciones dadas por la comisión local de análisis de mortalidad infantil para verificar si han sido aplicadas, por cada una de las áreas de salud responsables. **Dirección Médica y Equipo de Apoyo.**
9. Fortalecer los programas de educación e información a los usuarios, sobre la importancia de acudir tempranamente al control prenatal y la participación en los programas de promoción como el Curso de Parto sin Temor y otros. **Dirección Médica y Equipo de Apoyo.**
10. Fortalecimiento de la Educación Continua a Nivel de las Áreas de Salud, para mejorar el nivel resolutivo de los EBAIS. **Dirección Médica y Equipo de Apoyo.**
11. Actualización de las Normas de Atención Integral del Niño y de la Mujer Embarazada, para que los criterios de calidad en la atención sean acordes al Compromiso de Gestión. **Ministerio de Salud, CCSS.**
12. Dotar a las Unidades del Primer Nivel de Atención, del recurso humano, material y de equipo necesario para implementar una Oficina de Estadística, con personal calificado, que garantice un registro confiable de los datos. **Dirección Médica, Equipo de Apoyo, Gerencia Médica.**

6. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía referida

1. Introducción a la Estadística de la Salud, Ligia Moya. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1993.
2. Plan de Atención a la Salud de las Personas. Equipo Coordinador del PASP. Caja Costarricense de Seguro Social. 2001.
3. Plan Nacional de Garantía de la Calidad del Sector Salud. Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud, San José, Costa Rica. 2001.
4. Marco Conceptual Práctico para el Desarrollo de la Gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social. Ana Rita González y otros. Primera Edición, Costa Rica, Primera Edición 1996.
5. Normas Técnicas de Atención Materna y Perinatal. Ministerio de Salud - CCSS. Impresión Departamento Servicios de Apoyo CCSS. San José, Costa Rica, 2002.
6. Normas de Atención Integral de Salud del Niño y la Niña. Ministerio de Salud - CCSS. Impresión Departamento Servicios de Apoyo CCSS. San José, Costa Rica, 2002.
7. Manual de Atención del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Caja Costarricense de Seguro Social. Impresión Arena Transamérica S.A., San José, Costa Rica, 2002.

8. Normas de Atención Integral de la Salud. Consejo Técnico Asesor de Atención Integral a las Personas. Ministerio de Salud - Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1995.
9. Compromisos de Gestión y Fichas Técnicas para Áreas de Salud, años 2001, 2002, 2003. Caja Costarricense Seguro Social, San José, Costa Rica.
10. Ayala, Licda Norma y cols. Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización de la CCSS. Año 1999.

Bibliografía consultada

1. Cabases Hita Juan, Universidad Pública de Navarra, Martín, Escuela Andaluza de Salud Pública. Ponencia presentada en las XV Jornadas de Economía de la Salud. "instrumentos de Economía de la salud" año 1995.
2. Gutiérrez Brenes y otros. Antología del curso Investigación de Operaciones. UNED 2003.
3. Guzmán Ana. Los Compromisos de Gestión en Costa Rica 1997-2000. Año 2000. Tesis de grado.
4. Muñoz Corea Daniel y otros. Antología del Curso Economía de la Salud. UNED 2003.
5. Navarro, Román. Informe: La Desconcentración Administrativa y Personalidad Jurídica Instrumental. La Experiencia de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica. Año 2001. Presentado a la Gerencia de Modernización de la CCSS.
6. Sáenz Madrigal Dra. Rocío y cols. "Análisis Sectorial de Salud Costa Rica 2002" año 2002.
7. Salas Chávez, Dr. Alvaro Hacia un nuevo sistema de asignación de

- recursos. Año 1997.
8. Salas Chávez, Dr. Álvaro. Presente y futuro. Año 1998.
 9. Sojo, Ana. Hacia Nuevas Reglas del Juego: Los Compromisos de Gestión de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. Serie Políticas Sociales 27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, Julio 1998.
 10. Urroz T. Dr. Orlando. "Hacia una Cultura de Calidad en la Seguridad Social" Exposición magistral en Taller sobre "Alcances, Límites y Retos de la Desconcentración en el Marco Institucional de la Reforma Institucional" CENDEISS, junio 2003.
 11. Noticias e Información Pública O.P.S. y C.M.M.B. Acuerdo para reducir la mortalidad infantil, Washington D.C., 20 de junio de 2003 (OPS)-Acción por la Salud Familiar, una nueva iniciativa que busca reducir las muertes de niños menores de cinco años, fue lanzada hoy por la Organización.
 12. BURBANO, Rafael. "Procedimiento de ajuste de la mortalidad". Quito: ODEPLAN, mecanog., 1999.
 13. CELADE. Encuesta demográfica nacional de Honduras. Mortalidad infantil. Los riesgos de muerte infantil en diferentes contextos sociales y geográficos, 1955-1985 (vol. 5, serie A. 1047/V). San José: CELADE, Naciones Unidas; Dirección General de Estadística y Censos de Honduras; Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, 1988.
 14. CEPAR ENDEMAIN-89. Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil.
 15. CEPAR. ENDEMAIN-94. Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Informe general. Quito: CEPAR, CDC, UNFPA, 1996.

16. CEPAR. ENDEMAIN-99. Ecuador: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Informe preliminar. Quito: CEPAR, CDC, UNFPA, USAID, 2000.
17. INEC. Anuario de estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones. Quito: INEC, 1990 y 1996.
18. OPS /OMS. Estadísticas de salud de las Américas. Washington: OPS, 1995.
19. STFS y UNICEF [ECHANIQUE, Patricia, VELASCO, Margarita y BRBORICH, Wladimir]. "La mortalidad infantil en el Ecuador". Quito: STFS y UNICEF, mecanog., 1996.
20. UNICEF. El estado mundial de la infancia 1998. Nueva York: UNICEF. 1998.
21. *Dra. María de los A. González Fernández y Dr. Raúl L. Riverón Corteguera.* Mortalidad infantil y sus componentes en el Municipio Cerro, Facultad de Salud Pública "Salvador Allende" 1980-1991
22. Riverón R, et al. Mortalidad infantil en Cuba en el decenio 1970-1979. Bol of Sanit Panam 1982;92:379-90.
23. Wegman ME. Low birth weight, vital records, and infant mortality. Pediatrics 1986;78(6):1143-4.
24. Paim J, et al. Spatial distribution of proportional infant mortality add certain socioeconomic variables in Salvador, Bahía, Brazil. Bull PAHO 1987;21(3):225-35.
25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de La Infancia. Un balance estadístico, Madrid: Siglo XXI 1992.
26. Organización Mundial de Salud en las Américas 1977-1980. Washington: OMS, 1982. Publicación Científica; No. 427.
27. Ortiz A. Mortalidad Infantil en Puerto Rico. Arch Domin Pediatr 1975;11:208-15.
28. Miller AZIC. Infant mortality in the US. Sci Am 1985;253(1):31-7.

29. Honigfeld LS Kaplan OW. Native american postneonatal mortality. *Pediatrics* 1987; 80(4): 575-8.
30. Catasús S. Hernández R. Algunas consideraciones en torno a la mortalidad infantil en Cuba, *Rev. Cubana Adm. Salud*, 1977:281-8.
31. Rosero L. Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. *Bol of Sanit Panam* 1985; 99(5):510-27.
32. Menéndez MC, González C. Análisis epidemiológico de la mortalidad infantil en un municipio de la Ciudad de La Habana. *Rev. Cubana Adm. Salud* 1983; 9(3):219-30.
33. Azcuy P, et al. Programa de reducción de la mortalidad infantil. Dirección Provincial de Salud Oriente Sur, Santiago de Cuba. Diciembre de 1962. (Documento mimeografiado).
34. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Materno Infantil. La Habana, 1980.
35. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES), San José, Costa Rica, 2000.
36. Proyecto Vida: Programa de Vigilancia de la Mortalidad Infantil, Belo Horizonte (Brasil) Experiencia seleccionada en el Concurso de Buenas Prácticas, patrocinado por Dubai en 1996.
37. Mortalidad infantil. Un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la Provincia de Buenos Aires en 1998, Organización Panamericana de la Salud.
38. Mortalidad Infantil y menores de cinco años, Bolivia MICS 2000.

39. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica, 1ra edición, 2 de febrero de 1999, 2da. edición, 27 de mayo de 2002, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
40. Revista Ciencia Hoy. Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Asociación Ciencia Hoy. Vol. I - # 2. Febrero – Marzo, 1989.

ANEXOS

ANEXO # 1.

CASOS DE MORTALIDAD INFANTIL ANALIZADOS POR LA COMISIÓN LOCAL AREA SALUD DE ABANGARES, PERIODO 2000 - 2002.

Año	Edad Madre	Edad Niño	Diagnóstico	Prevenible	Cumplimiento de Normas
2000	31 años	21 horas	1. S.I.R. 2. Hipoplasia Pulmonar 3. Neumotórax 4. Tumoración intrabdominal	No	Prenatal: si Niño: desconocido
	35 años	25 días	1. Shock Séptico 2. Obstrucción intestinal	Si	Prenatal: no Niño: desconocido
2001	15 años	5 días	1. Hemorragia Intracraneana 2. Atelectasia Pulmonar 3. Membrana Hialina 4. Inmadurez	NO	Prenatal: N A Niño: si
	21 años	5 meses	1. Hipoxia 2. Depresión Cardíaca 3. Bronconeumonía	SI	Prenatal: si Niño: si
	24 años	1 día	1. Hemorragia Pulmonar 2. S. I. R. / Memb Hialina Severa 3. Prematuridad	NO	Prenatal. No Niño: no
	14 años	1 día	1. Hipoxia 2. Membrana Hialina	NO	Prenatal: N A Niño: si
	30 años	8 días	1. Status Convulsivo 2. Asfixia Perinatal	SI	Prenatal: si Niño: N A
2002	21 años	1 hora	1. R.N.P. P.E.G.	NO	Prenatal: N A Niño: si
	26 años	2 horas	1. Parto Inmaduro	SI	Prenatal: N A Niño: no
	21 años	2 meses	1. Sepsis Nosocomial. 2. Displasia Broncopulmonar 3. Prematuridad extrema, desprendimiento de placenta.	SI	Prenatal: no Niño: no

Fuente: Expedientes de casos de mortalidad infantil de Chacarita, período 2000 -2002.

**CASOS DE MORTALIDAD INFANTIL ANALIZADOS POR LA COMISION
LOCAL AREA DE SALUD DE CHACARITA, PERIODO 2000 - 2002.**

Año	Edad Madre	Edad Niño	Diagnóstico	Prevenible	Cumplimiento de Normas
2000	22 años	5 minutos	1. Muerte Neonatal Temprana 2. Inmadurez Fetal	NO	Prenatal: sí. Niño: N A
2001	17 años Embarazo Gemelar	1 día	1. Inmadurez fetal.	NO	Prenatal: no Niño: desconocidas.
	21 años Embarazo Gemelar	6 horas 8 horas	1. Insuficiencia Respiratoria. 2. Membrana hialina. 4. Recién nacido Pretérmino	NO	Prenatal: si Niño: N A
	21 años	1 mes 17 días.	1. Encefalopatía Hipóxica 2. Bronconeumonía	SI	Prenatal: si Niño: si
	35 años	8 días	1. Inmadurez Fetal 2. Hemorragia Cerebral Extensa 3. Atelectasia Pulmonar	NO	Prenatal: sí. Niño: sí.
	16 años	1 mes	1. Desconocidas falta información del Nivel Central	SI	Prenatal: sí. Niño: desconocido
	21 años	1 día	1. Persistencia patrón circulación fetal. 2. Membrana hialina	NO	Prenatal: sí. Niño: no.
2002	28 años	2 meses 25 días	1. Edema agudo de pulmón. Posible síndrome muerte súbita del lactante.	SI	Prenatal: sí. Niño: sí.

Fuente: Expedientes de casos de mortalidad infantil de Chacarita, período 2000-2002.

**CASOS DE MORTALIDAD INFANTIL ANALIZADOS POR LA COMISION
LOCAL AREA SALUD DE NARANJO, PERIODO 2000 - 2002.**

Año	Edad Madre	Edad Niño	Diagnóstico	Prevenible	Cumplimiento de normas
2000	35 años	1hora 40 minutos	1. Hipoxia neonatal (circular cordón)	Si	Prenatal: Sí, a excepción de la clasificación del riesgo. Niño: N A
	26 años	9 horas	1. Neumotórax 2. Hernia diafragmática 3. Hipoxia neonatal	No	Prenatal: No aplica. Nicaragüense quien no acudió a control por desconocimiento de normas de atención y falta de información.
	26 años	3 meses	1. Bronconeumonía	Si	Prenatal incompleto Niño: Sí. .
2001	25 años	3 horas	1. Oligoamnios Severo	No	Prenatal: no Niño: N A
	26 años	2 meses 9 días	1. RNP PEG	¿?	Prenatal: si Niño: si
	39 años	3 horas	1. S. I.R. 2. Sepsis neonatal 3. R.P.M. 4. R.N.P.	No	Prenatal: si Niño: N A
	25 años	25 minutos	1. Membrana Hialina 2. Inmadurez fetal	No	Prenatal: privado Niño: N A
	39 años	3 meses 15 días	1. Síndrome de hipoplasia cavidades izquierdas del corazón.	No	Prenatal: si Niño: si
2002	27 años	11 meses 6 días	1. Cardiopatía congénita	No	Prenatal: sí. Niño HNN. Sí.
	32 años	1 hora 15 minutos	1. Polimalformación congénita. 2. Prematuridad	No	Prenatal: sí Niño: N A
	31 años	7 meses 14 días	1. Septicemia 2. Displasia broncopulmonar. 3. Prematuridad 4. R.P.M.	No	Prenatal: sí. Niño: sí

Fuente: Expedientes de casos de mortalidad infantil de Naranjo, período 2000-2002.

ANEXO # 2.

Encuesta N° _____

La presente encuesta tiene como objetivo conocer y determinar el criterio que tienen los médicos que laboran con los Compromisos de Gestión, en las Áreas de Salud de Chacarita, Naranjo y Abangares, respecto al tiempo para la aplicación de los criterios de calidad en la consulta médica, de los subprogramas de atención integral del niño y de la atención integral de la mujer embarazada.

Pregunta 1

¿Considera que los Compromisos de Gestión han permitido mejorar la calidad de la atención en salud y Porqué?

SI

NO

Pregunta 2

¿Considera que el tiempo asignado (clientes por hora) es suficiente para realizar y cumplir con los criterios de calidad de los subprogramas de atención integral del niño y la mujer embarazada. Porqué?

SI

NO

Pregunta 3

¿Cuál es el tiempo necesario, de acuerdo a su criterio, para brindar una atención de calidad y humanitaria a los clientes?

Pregunta 4

Con el tiempo actual de 12 minutos por cliente ¿Cumple usted a conciencia con los criterios de calidad que anota en el expediente? Porqué?

SI

NO

Pregunta 5

¿Considera usted que el cumplimiento de los criterios de calidad en los subprogramas de atención integral del niño menor de un año y de la mujer embarazada, permiten disminuir la tasa de mortalidad infantil. Porqué?

SI

NO

MUCHAS GRACIAS COMPAÑEROS POR SU COLABORACION